

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA

PACIENTE:

Nº HISTORIA:

EDAD:

DNI:

TEL:

DECLARO

Que el Doctor....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una ORQUIDOPEXIA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende el descenso del testículo a la bolsa escrotal, la corrección de hernia si existiese, la mejoría de mi fertilidad y evitar la posible malignización del testículo intrabdominal.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica, que se realiza en los casos en los que el testículo no desciende a la bolsa escrotal, quedándose en el canal inguinal o dentro del abdomen, se trata de localizar el testículo, descenderlo y fijarlo a la bolsa escrotal.

El médico me ha explicado que el testículo que permanece fuera de su lugar habitual (la bolsa escrotal) durante años sufre procesos de atrofia o degeneración maligna, por lo que en algunos casos es necesario extirparlo (Orquiectomía). Esta decisión sólo puede ser tomada en ocasiones intraoperatoriamente, por lo que, si fuera aconsejable realizarla, doy mi consentimiento para ello.

Sé que la intervención se realiza con anestesia general y que como el lugar más frecuente de alojamiento es el canal inguinal, el corte se realizará en la zona de la ingle.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como no conseguir el descenso testicular, por lo que podrá ser necesaria una nueva intervención; la aparición de hernia inguinal; la necesidad de realizar orquiectomía; la lesión de los vasos espermáticos; la afrofia testicular; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura–, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad–).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

6.- El médico me ha explicado que otras alternativas pueden ser la orquiectomía (que si se realiza, se suele colocar una prótesis en la bolsa por razones estéticas) el descenso en dos tiempos y el autotrasplante testicular, pero que en mi caso la mejor opción terapéutica es la orquidopexia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la ORQUIDOPEXIA.

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado