

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ORQUIECTOMÍA Y EPIDIDIMECTOMÍA. EXTIRPACIÓN DEL TESTÍCULO Y/O EPIDÍDIMO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la extirpación total o parcial del testículo (orquiectomía). Cuando la extirpación es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular. Cuando la extirpación es parcial, se extirpa únicamente una parte del testículo, con el objetivo de dejar tejido funcional o estético.

Si realiza la extirpación de ambos testículos (orquiectomía bilateral) se pretende la eliminación de la producción de testosterona.

En la mayoría de los casos es posible la colocación de una prótesis testicular que cubra el defecto estético tras la extirpación del testículo.

En el caso de lesiones o procesos inflamatorios crónicos puede estar indicada la extirpación exclusivamente del epidídimo.

CÓMO SE REALIZA

La incisión se realiza en la zona inguinal en caso de orquiectomía radical o parcial por cáncer, o en la piel escrotal cuando la causa no sea por tumor maligno.

El procedimiento requiere la administración de anestesia.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

Es normal presentar molestias generalmente leves en la zona intervenida. Puede ser necesaria la colocación de un drenaje a mantener durante 24-48 horas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante la eliminación del testículo enfermo se pretende la desaparición de los síntomas.

Pretende curar o paliar la patología que usted sufre.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormona masculina (bochornos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente).
- Hematoma de la zona operatoria, generalmente leve.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente;
- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Pudiendo precisar la utilización de sangre y hemoderivados
- Hernia inguinal secundaria
- Inflamación o infección de los elementos no extirpados.
- Sepsis e infección generalizada, que, aunque improbables pueden resultar graves, incluyendo riesgo para su vida.

- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).
- Dolor escrotal crónico
- En caso de colocar prótesis, posibilidad de rechazo y/o infección, que pueden obligar a reintervención para la retirada de la prótesis.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles, aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico