

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** és una intervenció quirúrgica que consisteix en l'obtenció d'un xicotet fragment d'un o els dos testicles, per a realitzar un estudi microscòpic de la mostra. Es realitza, habitualment, en casos d'esterilitat (per a diagnòstic o recuperació d'espermatozoides per a tractaments de reproducció assistida) o per a estudi de zones anormals del testicle.
- Com es realitza?:** es realitza habitualment mitjançant cirurgia oberta en règim ambulatori (sense ingrés), amb anestèsia general o, en casos especials, introduint anestèsia local en la zona de punció i del trajecte de l'agulla fins a entrar en el testicle. Després d'això s'extrau un fragment testicular amb el mínim mal per a l'òrgan. En alguns casos es pot realitzar també una aspiració dels conductes de l'epidídim.
- Quins són els riscos?:** malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:
 - **Freqüents (més del 10%):** sagnat lleu en les primeres hores de la biòpsia amb hematoma en la zona. No aconseguir espermatozoides o un fragment testicular adequat per a l'estudi.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** dolor crònic, reaccions al·lèrgiques de diferent gravetat (a l'anestèsic) incloent-hi xoc anafilàctic amb risc vital, reaccions vagals (incloent-hi parada cardiorespiratòria), hemorràgia immediata o tardana, infecció de l'òrgan biopsiat que podria implicar la seua pèrdua amb necessitat de tractament hormonal per a tota la vida si el/els testicles es veren afectats amb repercussió en el perfil hormonal.
- Conseqüències previsibles de la realització:** l'obtenció d'una mostra testicular per a diagnòstic patològic o espermatozoides per a tractament de reproducció assistida.
- Conseqüències previsibles de la no realització:** falta d'un diagnòstic anatomopatològic o d'una mostra d'espermatozoides per a tractament de reproducció assistida.
- Alternatives:** punció amb agulla per a diagnòstic anatomopatològic. No realització de la biòpsia.
- Riscos en funció la seua situació:** la presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com a Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda la presència prèvia d'una infecció urinària pot augmentar el risc d'efectes indesitjats. També malalties com la diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia, edat avançada... poden augmentar la freqüència o gravetat de riscos o complicacions, per la qual cosa el risc quirúrgic en general és major.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

UROLOGIA

Biòpsia testicular

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL. LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	--------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment

No autoritze la realització d'aquest procediment

Pacient / el/la seu/a representant _____, ____ de _____ de _____
Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, ____ de _____ de _____
Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, ____ de _____ de _____
Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar pare i mare, en cas contrari el progenitor que la té. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.