



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És l'obtenció de teixit per al seu processament a fi d'obtindre espermatozoides per a fertilització *in vitro* en casos d'absència d'espermatozoides en l'ejaculació (azoospermia), o bé quan no poden utilitzar-se aquests i han d'usar-se espermatozoides del testicle. Aquest teixit també pot ser utilitzat per a diagnosticar el problema de fertilitat o en alguns casos diagnosticar una lesió testicular.

2. Com es realitza?: Mitjançant una intervenció quirúrgica, sota anestèsia i en règim ambulatori es realitza una xicoteta incisió en l'escrot, i a través d'aquesta s'incideix sobre la paret d'un dels testicles i s'extrau una xicoteta quantitat de polpa testicular que, immediatament, és processada a fi de constatar la possible presència d'espermatozoides aptes per al seu ús reproductiu. En cas necessari, a través d'aquesta incisió, pot repetir-se la biòpsia en diverses zones del mateix testicle.

Si no s'obtenen espermatozoides o no són suficients, el/la cirurgià/ana podrà decidir la repetició del procediment en l'altre testicle. Amb la finalitat d'estudiar la situació funcional del testicle o el tipus de lesió present en aquest, es podrà remetre una part del material obtingut en la biòpsia per al seu estudi anatomopatològic o citogenètic. La biòpsia testicular per a obtenció d'espermatozoides pot fer-se de manera prèvia al tractament amb fecundació *in vitro* assistit per microinjecció espermàtica (ICSI) o el mateix dia de l'extracció d'ovòcits. A vegades, requereix l'ús de microscopi quirúrgic en una tècnica denominada microTESE.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** molèsties transitòries en la zona, sagnat lleu.
- **Infreqüents (menys del 10%):** l'hemorràgia postoperatòria que sol ser de molt poc volum, hematomes, infecció i/o inflamació del testicle, epidídim o bossa escrotal podent derivar en atròfia o pèrdua de testicle. El dolor sol desaparèixer, però en un xicotet percentatge de casos pot persistir i convertir-se en crònic.

4. Conseqüències previsibles de la realització: Aconseguir espermatozoides vius per a injectar un en cada ovòcit de la parella, prèvia obtenció d'aquests últims mitjançant estimulació i punció ovàrica. La probabilitat d'obtindre espermatozoides varia notablement en funció de la situació clínica de cada pacient i pot no aconseguir-se un material biòpsic significatiu

5. Conseqüències previsibles de la no-realització: Impossibilitat d'obtenció d'espermatozoides de qualitat per a intentar tècniques de reproducció assistida.

6. Alternatives: Altres alternatives serien la utilització d'espermatozoides procedents de semen d'un donant.

7. Riscos en funció de la seua situació: La presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com a Aspirina o Adiro...) pot condicionar un major risc de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir les complicacions posteriors.

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són

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

_____ , _____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

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: _____