

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** es una intervención quirúrgica que consiste en la obtención de un pequeño fragmento de uno o ambos testículos, para realizar un estudio microscópico de la muestra. Se realiza, habitualmente, en casos de esterilidad (para diagnóstico o recuperación de espermatozoides para tratamientos de reproducción asistida) o para estudio de zonas anormales del testículo.
2. **¿Cómo se realiza?:** se realiza habitualmente mediante cirugía abierta en régimen ambulatorio (sin ingreso), con anestesia general o, en casos especiales, introduciendo anestesia local en la zona de punción y del trayecto de la aguja hasta entrar en el testículo. Tras ello, se extrae un fragmento testicular con el mínimo daño para el órgano. En algunos casos se puede realizar también una aspiración de los conductos del epidídimo.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** a pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
 - **Frecuentes (más del 10%):** sangrado leve en las primeras horas de la biopsia con hematoma en la zona. No conseguir espermatozoides o un fragmento testicular adecuado para el estudio.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** dolor crónico, reacciones alérgicas de diferente gravedad (al anestésico) incluido shock anafiláctico con riesgo vital, reacciones vagales (incluyendo parada cardiorrespiratoria), hemorragia inmediata o tardía, infección del órgano biopsiado que podría implicar su pérdida con necesidad de tratamiento hormonal de por vida si el/los testículos se vieran afectados con repercusión en el perfil hormonal.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** la obtención de una muestra testicular para diagnóstico patológico o espermatozoides para tratamiento de reproducción asistida.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** falta de un diagnóstico anatómo-patológico o de una muestra de espermatozoides para tratamiento de reproducción asistida.
6. **Alternativas:** punción con aguja para diagnóstico anatómo-patológico. No realización de la biopsia.
7. **Riesgos en función su situación:** la toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán...) o antiagregantes (como Aspirina, Adiro ...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. También enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada... pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

UROLOGÍA

Biopsia Testicular

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____