



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es la obtención de tejido para su procesamiento, con el fin de obtener espermatozoides para fertilización in-vitro en casos de ausencia de espermatozoides en el eyaculado (azoospermia), o bien no pueden utilizarse estos y tienen que usarse espermatozoides del testículo. Este tejido también puede ser utilizado para diagnosticar el problema de fertilidad o en algunos casos diagnosticar una lesión testicular.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Mediante intervención quirúrgica, bajo anestesia, y en régimen ambulatorio, se realiza una pequeña incisión en el escroto, y a través de la misma se incide sobre la pared de uno de los testículos y se extrae una pequeña cantidad de pulpa testicular que, inmediatamente, es procesada a fin de constatar la posible presencia de espermatozoides aptos para su uso reproductivo. En caso necesario, a través de esta incisión, puede repetirse la biopsia en diversas zonas del mismo testículo.

Si no se obtienen espermatozoides o no son suficientes, el/la cirujano/a podrá decidir la repetición del procedimiento en el otro testículo. Con el fin de estudiar la situación funcional del testículo o el tipo de lesión presente en el mismo, se podrá remitir una parte del material obtenido en la biopsia para su estudio anatomopatológico o citogenético. La biopsia testicular para obtención de espermatozoides puede hacerse de forma previa al tratamiento con fecundación *in Vitro* asistido por microinyección espermática (ICSI) o en el mismo día de la extracción de ovocitos. En ocasiones requiere el uso de microscopio quirúrgico en una técnica denominada microTESE.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- Frecuentes (más del 10%): molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
- Infrecuentes (menos del 10%): la hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal pudiendo derivar en atrofia o pérdida de testículo. El dolor suele desaparecer pero en un pequeño porcentaje de casos puede persistir y convertirse en crónico.

4. Consecuencias previsibles de su realización: Conseguir espermatozoides vivos para inyectar uno en cada ovocito de la pareja, previa obtención de estos últimos mediante estimulación y punción ovárica. La probabilidad de obtener espermatozoides varía notablemente en función de la situación clínica de cada paciente y puede no conseguirse un material biopsico significativo

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Imposibilidad de obtención de espermatozoides de calidad para intentar técnicas de reproducción asistida.

6. Alternativas: Otras alternativas serían la utilización de espermatozoides procedentes de semen de donante.

7. Riesgos en función de la situación del paciente: La toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
BIOPSIA TESTICULAR CON FINALIDAD REPRODUCTIVA**

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	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. 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

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma:

Firma: