

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Procedimiento quirúrgico para eliminar el epidídimo enfermo y que desaparezcan los síntomas derivados de ello.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante intervención quirúrgica, habitualmente bajo anestesia general y a través de una incisión en el escroto, se extirpa total o parcialmente el epidídimo patológico (estructura que se encuentra en la porción superior del testículo). En casos leves es un procedimiento que se puede realizar de modo ambulatorio sin ingreso.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** No conseguir la extirpación total del epidídimo o que persistan las molestias que propiciaron la cirugía; complicaciones locales como infección, dehiscencia de la herida, fístulas o sangrado de diferente consideración durante la cirugía o en el postoperatorio; cicatrización anómala con fibrosis e incluso necesidad de una segunda cirugía por retracción de la zona operada o defectos estéticos; dolor variable; problemas por lesión local de los nervios como dolores, hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad); inflamación o infección de los elementos no extirpados; pérdida total o parcial del testículo intervenido.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La eliminación total o parcial del epidídimo.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Que persistan las molestias o el problema que motivó la consulta.

6. Alternativas: Observación en caso de ser una patología benigna.

7. Riesgos en función de su situación: 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.

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

UROLOGIA

EPIDIDIMECTOMÍA

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: _____