

## **Exèresi de massa paratesticular**

**1. Què és?:** és un procediment quirúrgic mitjançant el qual es pretén eliminar un nòdul escrotal localitzat al costat del testicle (massa paratesticular).

**2. Com es realitza?:** mitjançant una intervenció quirúrgica, habitualment amb anestèsia general, s'extirpa la massa o nòdul adjacent al testicle. És possible que es deixi un drenatge. En determinats casos és un procediment que es realitza de manera ambulatoria sense ingrés.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10%):** molèsties transitòries en la zona, sagnat lleu.
- **Infreqüents (menys del 10%):** **no aconseguir l'extirpació total de la massa paratesticular o que persistisquen les molèsties** que van propiciar la cirurgia; complicacions locals com a infecció, **dehiscència, fistules o sagnat** de diferent consideració durant la cirurgia o en el postoperatori; **cicatrització anòmala amb fibrosi (enduriment)** i fins i tot **necessitat d'una segona cirurgia** per retracció de la zona operada o defectes estètics; dolor variable; **problemes per lesió local dels nervis** com ara dolors, hiperestèsies (augment de la sensibilitat) o hipoestèsies (disminució de la sensibilitat); **hèrnia inguinal** secundària; **inflamació o infecció dels elements no extirpats; lesió del testicle** adjacent amb diferent grau de gravetat que necessite reparació o exèresi immediata o diferida.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** l'eliminació total o parcial de la massa paratesticular danyada i estructures adjacents (en cas de tumor).

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** que persistisquen les molèsties o el problema que va motivar la consulta.

**6. Alternatives:** observació en cas que la sospita siga una patologia benigna.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** la presa d'anticoagulants (com Sintrom o 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.

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

**DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

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

**DADES REPRESENTANT LEGAL**

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

**DADES PROFESSIONAL**

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

**DECLARE que:**

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment.
- He comprés la informació rebuda.
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut 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

\_\_\_\_\_ , d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / 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.

\_\_\_\_\_ , d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS**

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE:  NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_