

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** es un procedimiento quirúrgico mediante el que se pretende la eliminación de un nódulo escrotal localizado al lado del testículo (masa paratesticular).

**2. ¿Cómo se realiza?:** mediante intervención quirúrgica, habitualmente bajo anestesia general, se extirpa la masa o nódulo adyacente al testículo. Es posible que se deje un drenaje. En determinados casos es un procedimiento que se realiza de modo ambulatorio sin ingreso.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** **no conseguir la extirpación total de la masa paratesticular o que persistan las molestias** que propiciaron la cirugía; complicaciones locales como **infección, dehiscencia, fístulas o sangrado** de diferente consideración durante la cirugía o en el postoperatorio; **cicatrización anómala con fibrosis(endurecimiento)** 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); **hernia inguinal** secundaria; **inflamación o infección de los elementos no extirpados; lesión del testículo** adyacente con diferente grado de gravedad que precise su reparación o exéresis inmediata o diferida.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** la eliminación total o parcial de la masa paratesticular dañado y estructuras adyacentes (en caso de tumor).

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

**6. Alternativas:** observación en caso de que la sospecha sea una patología benigna.

**7. Riesgos en función de su situación:** la toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina, 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.**

# UROLOGÍA

## Exéresis de masa paratesticular

### 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:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_