

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica destinada a eliminar el hidrocele o acúmulo anómalo de líquido en torno al testículo.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica, habitualmente con anestesia general, consiste en la apertura del escroto con acceso a los tejidos que rodean el testículo, drenando el líquido acumulado, cortando la porción del tejido que produce el líquido y suturándolo de manera que dificulte o impida su producción. Es posible que se deje un drenaje durante unas horas. En casos leves 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 de 10%):** **Reaparición del hidrocele;** complicaciones locales como **infección, dehiscencia (apertura) de la herida, fístulas, sangrado** de diferente consideración; **cicatrización anómala con fibrosis** e incluso **necesidad de una segunda cirugía** por retracción de la zona operada; **dolor** variable; **inflamación del testículo (orquitis)**, que se trata médicamente, siendo raro tener que extirpar el testículo por necrosis; **problemas por lesión local de los nervios** como dolores, hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación del líquido acumulado y que éste no se vuelva a producir, aunque la reaparición del mismo es posible.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan las molestias o el problema estético derivado del hidrocele que motivó la consulta.
6. **Alternativas:** Observación, al ser una patología benigna. Punción evacuadora produciendo, o no, una esclerosis (endurecimiento) de los tejidos productores de líquido.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



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

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____