



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És la fixació del testicle ascendit o que ha patit una rotació.
2. **Com es realitza?:** La intervenció quirúrgica, habitualment sota anestèsia general, consisteix en la fixació del testicle o testicles a l'envà interescretal o a una membrana escrotal (dartos) perquè es pugui girar o ascendir de nou. A vegades, es realitza una biòpsia quirúrgica per a l'estudi de la seua patologia testicular.
3. **Quins són els seus riscos?:**
  - **Freqüents (més del 10%):** Molèsties transitòries en la zona, sagnat lleu.
  - **Infreqüents (menys de 10%):** **No aconseguir la fixació del testicle o que persistisca mobilitat d'aquest;** complicacions locals com ara infecció, **obertura de la ferida, fístules, sagnat** de diferent consideració durant la cirurgia o en el postoperatori, que a vegades poden derivar en **la pèrdua del testicle; cicatrització anòmala amb fibrosi** 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).
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La fixació del testicle que impedisca la seua anòmala mobilitat o deixi el testicle en el seu lloc natural.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Que persistisquen la possibilitat d'ascens o torsió testicular i els símptomes.
6. **Alternatives:** Observació en cas de ser pacients amb torsió de testicle. En els pacients amb testicles ascendits, l'observació no és recomanable pel risc de malignització.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** La presa d'anticoagulants (com Sintrom o uns altres) o antiagregants (com Aspirina o uns altres) pot condicionar un major risc de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir les complicacions posteriors.

**És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.**



<b>DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT</b>				
<b>DADES PACIENT</b>				
COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)			CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	
<b>DADES REPRESENTANT LEGAL</b>				
COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
<b>DADES PROFESSIONAL</b>				
COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL		NÚM. COL·LEGIACIÓ
<p><b>DECLARE que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment</li> <li>- He comprés la informació rebuda</li> <li>- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes</li> <li>- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment</li> </ul> <p>Per tant:</p> <p style="text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> Autoritze la realització d'aquest procediment           <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> No autoritze la realització d'aquest procediment</span> </p> <p style="text-align: center;">             _____, ____ de _____ de _____           </p> <p>Pacient / el/la seu/a representant <span style="float: right;">Professional sanitari/ària</span></p> <p>Signatura: _____ <span style="float: right;">Signatura: _____</span></p>				
<b>REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT</b>				
<p>Revoque el consentiment prestat en la data indicada</p> <p style="text-align: center;">             _____, ____ de _____ de _____           </p> <p>Pacient / el/la seu/a representant. <span style="float: right;">Professional sanitari/ària</span></p> <p>Signatura: _____ <span style="float: right;">Signatura: _____</span></p>				
<b>RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ</b>				
<p>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 impliqui 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.</p> <p style="text-align: center;">             _____, ____ de _____ de _____           </p> <p>Pacient / el/la seu/a representant. <span style="float: right;">Professional sanitari/ària</span></p> <p>Signatura: _____ <span style="float: right;">Signatura: _____</span></p>				
<b>UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS</b>				
<p>He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonimat. Per això:</p> <p style="text-align: center;">             AUTORITZE: <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NO AUTORITZE: <input type="checkbox"/></span> </p> <p>Pacient / el/la seu/a representant. <span style="float: right;">Professional sanitari/ària</span></p> <p>Signatura: _____ <span style="float: right;">Signatura: _____</span></p>				
<b>REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS</b>				
<p>Revoque el consentiment prestat en la data indicada</p> <p style="text-align: center;">             Pacient / el/la seu/a representant. <span style="float: right;">Professional sanitari/ària</span> </p> <p>Signatura: _____ <span style="float: right;">Signatura: _____</span></p>				

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar pare i mare, en cas contrari el progenitor que la té. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.