

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es la fijación del testículo ascendido o que ha sufrido una rotación.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica, habitualmente bajo anestesia general, consiste en fijación del testículo o testículos al tabique interescrotal o a una membrana escrotal (dartos) para que se pueda rotar o ascender de nuevo. En ocasiones, se realiza una biopsia quirúrgica para el estudio de su patología testicular.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** **No conseguir la fijación del testículo o que persista movilidad del mismo;** complicaciones locales como **infección, apertura de la herida, fístulas, sangrado** de diferente consideración durante la cirugía o en el postoperatorio que en ocasiones pueden derivar en la **pérdida del testículo; 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).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La fijación del testículo que impida su anómala movilidad o deje el testículo en su lugar natural.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan la posibilidad de ascenso o torsión testicular y los síntomas.
6. **Alternativas:** Observación en caso de ser pacientes con torsión de testículo. En los pacientes con testículos ascendidos la observación no es recomendable por el riesgo de malignización.
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: _____