



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És l'eliminació total o parcial del testicle malalt, la desaparició dels símptomes locals derivats de la malaltia i, si l'orquiectomia és bilateral, el cessament de la producció de testosterona i espermatozoides.
- Com es realitza?:** Es fa una incisió (tall) just sobre l'àrea inguinal i s'extrau el testicle a través de l'obertura; al costat del testicle podrien extraure's estructures annexes danyades i, depenent si l'orquiectomia és total, parcial o subalbugínia, també pot ser necessària l'extracció de l'epidídim o el cordó spermàtic. El seu metge o metgessa especialista li explicarà les diferents indicacions de cada tècnica i la manera de proceder, si escau, en concret. Després de la cirurgia, és possible que es deixe un drenatge durant unes hores. La intervenció quirúrgica es realitza habitualment sota anestèsia general. En casos lleus, és un procediment que es realitza de manera ambulatoria sense ingrés.
- Quins són els riscos?:** Malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:
 - Freqüents (més del 10%):** Molèsties transitòries en la zona, sagnat lleu.
 - Infreqüents (menys de 10%):** No aconseguir l'extirpació total del testicle o que persistisquen les molèsties que van propiciar la cirurgia; complicacions locals, com ara infecció, dehiscència de la ferida, fístules o sagnat de diferent consideració durant la cirurgia o en el postoperatori; 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); hèrnia inguinal secundària; inflamació o infecció dels elements no extirpats. Quan l'orquiectomia és bilateral, apareixen símptomes per la falta de l'hormona masculina (fogots, sudoració, cansament, pèrdua de massa muscular i òssia, principalment) i que requereixen d'un tractament hormonal substitutiu de llarga duració; infertilitat.
- Conseqüències previsibles de la realització:** L'eliminació total o parcial del testicle danyat i de les estructures adjacents (en cas de tumor) amb la desaparició dels símptomes i, en cas de l'eliminació total, el cessament de la producció de la testosterona i els espermatozoides.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** Que persistisquen les molèsties o el problema que va motivar la consulta.
- Alternatives:** Observació en cas de ser una patologia benigna o tractament hormonal si l'objectiu és impedir la producció d'hormones. Si és per un tumor maligne de testicle, no existeixen alternatives.
- Riscos en funció de la seua situació:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda, 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.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

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

DADES REPRESENTANT LEGAL

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

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat 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

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a 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.

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

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 anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____