

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es la eliminación total o parcial del testículo enfermo, la desaparición de los síntomas locales derivados de la enfermedad y, si la orquiectomía es bilateral, el cese de la producción de testosterona y espermatozoides.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se hace una incisión (corte) justo sobre el área inguinal y se extrae el testículo a través de la abertura, junto al testículo podrían extraerse estructuras anejas dañadas y dependiendo si la orquiectomía es total, parcial o subalbugínea también puede ser necesaria la extracción del epidídimo o el cordón espermático. Su médico/a especialista le explicará las diferentes indicaciones de cada técnica y la forma de proceder en su caso en concreto. Tras la cirugía, es posible que se deje un drenaje durante unas horas. La intervención quirúrgica, habitualmente se realiza bajo anestesia general. En casos leves es un procedimiento que se realiza de modo ambulatorio sin ingreso.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
 - **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** No conseguir la extirpación total del testículo o que persistan las molestias que propiciaron la cirugía; complicaciones locales como infección, dehiscencia de la herida, fístulas o sangrado de diferente consideración durante la cirugía o en el postoperatorio; 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, hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad); hernia inguinal secundaria; inflamación o infección de los elementos no extirpados. Cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormona masculina (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente) y que requieren de un tratamiento hormonal sustitutivo de larga duración; infertilidad.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación total o parcial del testículo dañado y estructuras adyacentes (en caso de tumor) con la desaparición de los síntomas y, en caso de la total, el cese de la producción de la testosterona y los espermatozoides.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan las molestias o el problema que motivó la consulta.
6. **Alternativas:** Observación en caso de ser una patología benigna o tratamiento hormonal si el objetivo es impedir la producción de hormonas. Si es por un tumor maligno de testículo no existen alternativas.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como sintrom, apixabán...) o antiagregantes (como aspirina, adiro...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado, 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	NUM. 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: _____