



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És l'eliminació del quist o dels quistos (col·lecció líquida) en el cordó espermàtic o l'epidídim per a millorar els símptomes o l'aspecte estètic.
2. **Com es realitza?:** La intervenció quirúrgica, habitualment sota anestèsia general i a través d'una incisió en l'escrot, per on s'extrauen totalment o parcialment del quist o dels quistos que s'han desenvolupat en el cordó espermàtic. Pot ser necessària la col·locació d'un drenatge durant unes hores. En casos lleus, és un procediment que es pot realitzar de manera ambulatoria sense ingrés.
3. **Quins són els seus 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 quist o dels quistos; que persistisquen les molèsties o que tornen a reproduir-se; infecció amb inflamació del testicle**, que es tracta mèdicament, sent estrany haver d'extirpar el testicle; complicacions locals com ara infecció, **obertura 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); **inflamació o infecció dels elements no extirpats**.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** L'eliminació total o parcial del quist o quistos del cordó o de l'epidídim.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Que persistisquen les molèsties o el problema que va motivar la consulta.
6. **Alternatives:** Observació, al ser una patologia benigna.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com Aspirina o Adiro) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda, la presència prèvia d'una infecció urinària pot augmentar el risc de 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: _____