

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es la eliminación del/ de los quistes (colección líquida) en el cordón espermático o el epidídimo para mejorar los síntomas o el aspecto estético.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica, habitualmente bajo anestesia general y a través de una incisión en el escroto, por donde se extraen total o parcialmente del/ de los quistes que se han desarrollado en el cordón espermático. Puede ser necesaria la colocación de un drenaje durante unas horas. En casos leves es un procedimiento que se puede realizar 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%):** (más del 10%): molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** **no conseguir la extirpación total de el/los quistes, que persistan las molestias o que vuelvan a reproducirse; la infección con inflamación del testículo**, que se trata médicamente, siendo raro tener que extirpar el testículo; complicaciones locales como **infección, apertura 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, hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad); **inflamación o infección de los elementos no extirpados**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación total o parcial de el/los quistes del cordón o del epidídimo.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan las molestias o el problema que motivó la consulta.
6. **Alternativas:** Observación al ser una patología benigna.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria puede aumentar el riesgo de complicaciones posteriores.

**Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones** actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## UROLOGÍA

### EXTIRPACIÓN DE QUISTE DE CORDÓN/ EPIDÍDIMO

#### 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:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_