

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una intervención quirúrgica que consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante una incisión a nivel de la ingle con anestesia general, se localizan, se ligan y seccionan las venas testiculares anormalmente dilatadas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la zona de la incisión, sensación de hinchazón.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** que la **fertilidad no mejore** a pesar de la corrección del varicocele. **Persistencia de las molestias, persistencia de las dilataciones varicosas** en el escroto. Otras posibles complicaciones pueden ser: formación de un **hidrocele** (líquido en el escroto), **hematoma** escrotal, **atrofia del testículo** que produzca un empeoramiento de la fertilidad o de la función hormonal masculina. Otras complicaciones sería la **hemorragia** incontrolable, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio con consecuencias muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que se necesite (puede ir desde una gravedad mínima, hasta la posibilidad de muerte como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados). **Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:** infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria. **Fístulas permanentes o temporales.** **Defectos estéticos** derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales. **Intolerancia a los materiales de sutura** que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción. **Neuralgias** (dolores nerviosos), **hiperestesias o hipoestesias** (aumento o disminución de la sensibilidad).

4. Consecuencias previsibles de su realización: La mejoría de la fertilidad, del desarrollo testicular en el adolescente y mejora de las molestias testiculares que el varicocele puede generar.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Persistir las molestias, infertilidad y falta del desarrollo testicular.

6. Alternativas: Embolización o escleroterapia.

7. Riesgos en función de su situación: La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado.

Recuerde que debe informar 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: _____