

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** La vasectomia bilateral és una tècnica quirúrgica d'esterilització **masculina**.
- 2. Com es realitza?:** Consisteix en la interrupció del flux d'espermatozoides procedents dels dos testicles mitjançant la secció del conducte deferent i lligadura o coagulació dels dos extrems. Es realitza sota anestèsia local a través d'una o dues xicotetes incisions d'1,5 cm en la pell en les dues arrels de l'escrot, prop de la base del penis. Només en casos molt seleccionats pot ser recomanable una anestèsia general. Es realitza **amb la idea de perpetuïtat**, i encara que teòricament seria possible reconstruir la continuïtat del conducte deferent, en determinades circumstàncies, el percentatge d'èxit és molt variable.
- 3. Quins són els riscos?:**
 - **Freqüents (més del 10%):** molèsties transitòries en la zona de l'escrot, sensació d'inflor.
 - **Infreqüents (menys de 10%): reaccions al·lèrgiques** a l'anestèsic local, que poden arribar a produir xoc anafilàctic; complicacions locals: **infecció** o **sagnat** de la ferida, **cicatrització anòmala**, **dolor** testicular variable, o inflamació i infecció del testicle, l'epidídim, amb necessitat d'extirpació de l'epidídim o del testicle. Després de la intervenció, els espermatozoides van disminuint en nombre a poc a poc i, per tant, es continua sent fètil fins a una nova anàlisi o espermiograma. S'ha de continuar utilitzant un mètode anticonceptiu segur fins que es realitze un espermiograma de control que demostre l'absència total d'espermatozoides mòbils en l'ejaculat (azoospermia) o la presència de menys de 100.000 immòbils als tres mesos de la cirurgia. Aquest espermiograma ens assegura que l'operació ha sigut eficaç. De forma extraordinàriament excepcional, la **repermeabilització (recanalització) espontània** de la via seminal de manera tardana.
- 4. Conseqüències previsible de la realització:** L'esterilització.
- 5. Conseqüències previsible de la no-realització:** El pacient continuarà sent fètil i haurà d'adoptar altres mètodes de contracepció.
- 6. Alternatives:** La utilització d'altres mètodes anticonceptius per part del pacient o la parella.
- 7. Riscos en funció de la seua situació personal:** La presa d'anticoagulants (Sintrom o uns altres) o antiagregants (Aspirina o uns altres) pot condicionar un major risc de sagnat. 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 |
| NUM. SIP | DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) | | CP |
| LOCALITAT: | PROVINCIA | 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 anonimat. 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: _____