

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HIDROCELECTOMÍA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El hidrocele es una *cavidad de contenido líquido que rodea al testículo*.

La intervención para resolverlo es la hidrocelectomía. Es una intervención que se realiza con anestesia regional habitualmente, mediante una incisión en el escroto (bolsa del testículo)

Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la infección con inflamación del testículo.

Tratadas, generalmente, evolucionan de forma satisfactoria. Raras veces es preciso extirpar el testículo; aunque en ocasiones esta decisión sólo puede ser tomada intraoperatoriamente.

El testículo, realizada la hidrocelectomía, no recobra su tamaño normal hasta trascurrido un determinado tiempo (meses).

El postoperatorio es de uno a tres días, siendo retirado de drenaje escrotal a las 24-48 horas y revisión posteriormente en régimen ambulatorio.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Punción evacuación. Esclerosis. Son alternativas en general poco eficaces.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Desaparición del líquido (hidrocele) acumulado en el escroto.
2. Mejoría de las molestias que el hidrocele puede ocasionar.
3. Objetivo estético.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad.

### RIESGOS FRECUENTES

1. En caso de hidrocelectomía bilateral, no poder llevar a cabo la exéresis completa en un solo acto quirúrgico.
2. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.

3. Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica:

- Infección en sus diversos grados de gravedad.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.
- Fístulas permanentes o temporales.

**C. INFORMADO DE HIDROCELECTOMÍA**

- anormales.
- Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales
  - Intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
  - Neuralgias (dolores nerviosos).
  - Hiperestetasias (aumento de la sensibilidad) o hipoestetasias (disminución de la sensibilidad).

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª</b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>