

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORQUIDOPEXIA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

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

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
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			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Esta operación se realiza en los casos que el **testículo no desciende a la bolsa escrotal**, quedándose en el canal inguinal o dentro del abdomen.

La intervención consiste en localizar el testículo, **descenderlo y fijarlo a la bolsa escrotal**.

El testículo que permanece fuera de su lugar habitual (la bolsa escrotal) durante años sufre procesos de atrofia o degeneración maligna, por lo que en algunos casos es necesario extirparlo (Orquiectomía). Esta decisión sólo puede ser tomada en ocasiones intraoperatoriamente.

La intervención se realiza con anestesia general. Como el lugar más frecuente de alojamiento es el canal inguinal, el corte se realizará en la zona de la ingle.

El postoperatorio normal es de uno a tres días tras lo cual el paciente será tratado de forma ambulatoria.

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

Orquiectomía. Descenso de dos tiempos. Autotransplante testicular.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Descenso del testículo a la bolsa escrotal.
2. Corrección de hernia si existiese.
3. Mejoría de la fertilidad del paciente.
4. Evitar la posible malignización del testículo intrabdominal.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

1. No conseguir el descenso testicular.
2. Aparición de hernia inguinal.
3. Necesidad de realizar orquiectomía.
4. Lesión de los vasos espermáticos.
5. Atrofia testicular.
6. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.

Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del 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.

7. 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 temporales o permanentes.
- Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizantes

anormales.

- Intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
- Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (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

PACIENTE			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA