

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORQUIECTOMÍA 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

La orquiectomía consiste en la **extirpación total o parcial del testículo**. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular, en otras ocasiones la orquiectomía es solo parcial, extirpando únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras (orquiectomía subalbugínea)

La **Orquiectomía total** está indicada en procesos tumorales, infecciosos que destruyeron el testículo, y en casos de atrofia testicular (para colocar posteriormente una prótesis)

La **Orquiectomía subalbugínea** está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de testosterona en sangre (hormona masculina), como es en el carcinoma de próstata para un mejor control del mismo. En este caso la operación se realizará en ambos testículos.

Estas intervenciones se llevarán a cabo con anestesia regional.

La incisión se realizará en la piel escrotal (caso de orquiectomía subalbugínea) o en la zona inguinal (caso de orquiectomía total o radical) del lado a extirpar. Si la orquiectomía es parcial la incisión será a nivel de la piel escrotal.

El postoperatorio varía entre 1 y 3 días pudiendo seguir posteriormente un control 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

Tratamiento hormonal. Otros tratamientos médicos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Eliminación del testículo enfermo.
2. Desaparición de los síntomas derivados del testículo enfermo.

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 la extirpación del testículo.
2. Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
3. 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.

4. Hernia inguinal secundaria.

5. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:

C. INFORMADO DE ORQUIECTOMÍA

- 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), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (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/D ^a			
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/D ^a			
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/D^a			
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