

<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 REANASTOMOSIS DEFERENCIAL MICROQUIRÚRGICA 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 " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " 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

Esta intervención, es también llamada VASO-VASOSTOMIA.

Consiste en la nueva unión de los cabos del deferente seccionados previamente y en general mediante la realización de una vasectomía o técnica similar.

Las posibilidades de éxito son variables dependiendo de determinadas circunstancias, técnica de la vasectomía previa, tipo de sutura empleada o antigüedad de la misma, existencia de granuloma, etc.

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

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y conseguir la recanalización de la vía.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Abstinencia terapéutica. Microaspiración espermática.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Conseguir la nueva continuidad deferencial con el fin de permitir el paso de espermatozoides hacia el exterior.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Continuidad de la esterilidad.

### RIESGOS FRECUENTES

1. No conseguir realizar la vaso-vasostomía por dificultades técnicas, siendo preciso en ocasiones realizar otras técnicas (epidídimo.vasostomía, etc...).
2. Aún consiguiendo la reanastomosis, no obtener fecundidad asociada (por azoospermia asociada a otras causas).
3. Infección descendente con lesión testicular (incluyendo en ocasiones la pérdida del órgano testículo).
4. Hemorragia de consecuencias imprevisibles (incluida la muerte).

### 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

**C. INFORMADO DE REANASTOMOSIS DIFERENCIAL MICROQUIRÚRGICA**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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>