

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VARICOCELECTOMÍA 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

El varicocele consiste en la dilatación anormal de las venas del testículo.

Su diagnóstico se produce por notar síntomas tales como sensación de pesadez escrotal o aumento del tamaño intraescrotal sobre todo al hacer algún esfuerzo (defecación, elevación de pesos, etc.), o bien ser un hallazgo en el estudio por infertilidad masculina.

La intervención consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas.

La incisión se realiza a nivel inguinal, más o menos alta, con anestesia regional y general.

El postoperatorio de esta intervención es corto, entre uno a tres días, retirándose los puntos 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

Embolización. Escleroterapia. Técnica microquirúrgica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Mejora de la fertilidad.
2. Mejora de las molestias que el varicocele puede ocasionar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

RIESGOS FRECUENTES

1. Existir un porcentaje de casos que la fertilidad no mejora a pesar de la corrección del varicocele.
2. Persistencia de las molestias. Persistencia de las dilataciones varicosas en el escroto.
3. Otras posibles complicaciones pueden ser:
 - Formación de un hidrocele (líquido en el escroto).
 - Formación de un hematoma escrotal.
 - Atrofia del testículo.
 - Aparición de una hernia inguinal.
4. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser 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.
5. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica.

C. INFORMADO DE VARICOCELECTOMÍA

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