

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ORQUIDOPEXIA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

INFORMACION GENERAL:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: La intervención tiene como objetivo la búsqueda, descenso y fijación del testículo o testículos y, eventualmente, realizar una biopsia (extracción de muestras de tejido) quirúrgica para su estudio bajo el microscopio. El propósito principal de la intervención es colocar el testículo en el interior de la bolsa escrotal y fijarlo a la misma.

El testículo a descender es del lado: _____

CÓMO SE REALIZA: La intervención consiste en la apertura de la ingle, la búsqueda del testículo, su liberación de los tejidos que le rodean y la creación de un conducto hasta el escroto. Se desciende el testículo por éste conducto y se sutura a la bolsa escrotal (bilateral si es el caso). En algunos casos se encuentra patología asociada (hernia inguinal indirecta), en estos casos se repara en el mismo acto operatorio: cierre del saco herniario con sutura. En algún caso es recomendable una biopsia testicular de unos milímetros cúbicos, o más en caso necesario, para estudio y posterior diagnóstico del estado del testículo. En algunos casos no es posible encontrarlo en el conducto inguinal, o no es posible bajarlo hasta la bolsa escrotal por excesiva tensión de los vasos testiculares o del deferente. En el primer supuesto, hay varias opciones (exploración laparoscópica o por laparotomía). Si el testículo no se consigue descender a la bolsa escrotal lo más recomendable es dejarlo lo más bajo posible para, en una segunda intervención, intentar bajarlo hasta el escroto. Habitualmente es una técnica que se realiza en régimen ambulatorio (CMA). En los casos de situación intraabdominal se recomienda la técnica laparoscópica.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Dolor y posible inflamación en la incisión inguinal o en el escroto.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Control clínico del testículo descendido. Corrección de hernia inguinal en caso de existir.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: La posible alternativa de no-intervención, nos impediría colocar el testículo en su lugar, y conllevaría una pérdida progresiva de su capacidad generadora de espermatozoides (reproductora), así como su posible lesión por traumatismo, su posible malignización y su dificultad de exploración. En caso de anomalía del testículo es necesario extirparlo (para diagnóstico y evitar en el futuro la formación de tumores).

QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES: Dolor en el escroto o en la herida inguinal. Hemorragia. Infección de la herida o dehiscencia. Cicatrización anómala o intolerancia al material se sutura.

LOS MÁS GRAVES: Reascenso del testículo necesitando nueva intervención. Recidiva de la hernia inguinal. Atrofia del testículo. Pueden ocurrir, pero son muy infrecuentes, las complicaciones derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta térmica, etc.) o las complicaciones posturales.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: El testículo que no ha descendido a escroto en el nacimiento y permanece fuera de su lugar habitual (bolsa escrotal) no se desarrolla ni madura bien, por lo que es más difícil realizar el diagnóstico precoz de los tumores testiculares en la edad adulta (más frecuentes en éstos pacientes que en la población general). Es posible en el futuro alteraciones de la capacidad reproductiva por reacción auto inmune.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___hs.

IMPORTANTE - PROFESIONALES

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.