

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN TESTICULAR POR TORSIÓN TESTICULAR

Ciudad.....

Fecha...../...../20.....

Yo.....,

Se me ha informado que las molestias que presento en mi testículo izquierdo/derecho pueden ser causadas por una torsión testicular. Se me ha explicado que esta condición si no se corrige rápidamente puede llevar a la pérdida del testículo. Por tal motivo se me ha propuesto realizar una Cirugía para explorar y eventualmente corregir la torsión.

- 1- Estoy en conocimiento que la finalidad de la cirugía es conseguir corregir la torsión del testículo y evitar la pérdida del mismo.
- 2- Se me ha explicado y he comprendido que en la Cirugía se procede a la exploración testicular, la corrección de la torsión del testículo y su fijación al escroto, siempre que éste se encuentre vital, siendo esto más probable antes de las 6 horas de iniciado el dolor testicular. Si no se recuperara la vitalidad del órgano y siendo la necrosis el único desenlace posible, se procederá a realizar la orquiectomía (extirpación del testículo afectado). En ambos casos, se procederá a realizar una orquidopexia (fijación testicular) contralateral. El postoperatorio suele ser corto en ambos casos, por ello puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesiólogo y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- Se me ha explicado que no existen alternativas a la exploración quirúrgica. En caso de no efectuar la cirugía, si existe la torsión, el testículo evolucionará a la necrosis perdiendo su función.
- 6- A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento: - Atrofia testicular en caso de parénquima viable con hipoxia parcial. - Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. - Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestésias- aumento de la sensibilidad- o hipoestésias –disminución de la sensibilidad-). - Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar. - Hemorragia digestiva. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad. Estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos y/o quirúrgicos a fin de intentar resolverlas.
- 7- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que

autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico a:
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: