

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HIDROCELECTOMIA

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una HIDROCELECTOMIA por padecer

I. El hidrocele es una *cavidad de contenido líquido que rodea al testículo*. La intervención para resolverlo es la hidrocelectomía. Es una intervención leve que se realiza con anestesia regional habitualmente o general, mediante una incisión en el escroto (bolsa del testículo).

Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la infección con inflamación del testículo. Tratadas evolucionan de forma satisfactoria. Raras veces es preciso extirpar el testículo; aunque en ocasiones esta decisión sólo puede ser tomada intraoperatoriamente, éste, realizada la hidrocelectomía, recobra su tamaño normal al poco tiempo.

El postoperatorio es de 1 a 3 días, siendo retirado de drenaje escrotal a las 24-48 h. y revisión posteriormente en régimen ambulatorio.

II. DE DICHA INTERVENCION SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.** Desaparición del líquido (hidrocele) acumulado en el escroto.
- B.** Mejoría de las molestias que el hidrocele puede ocasionar.
- C.** Objetivo estético.

III. DE DICHA INTERVENCION ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE, ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.** En caso de hidrocelectomía bilateral, no poder llevar a cabo la exéresis completa en un solo acto quirúrgico.
- B.** Hemorragia tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio, llegando a, aunque es infrecuente, a ser incoercible de forma excepcional*. Las consecuencias de dicha hemorragia son 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.
- C.** Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: a) infección en sus diversos grados de gravedad; b) dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria; c) fístulas permanentes o temporales; d) defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; e) intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; f) neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

IV. ALTERNATIVAS.



Punción evacuación. Esclerosis. Son alternativas en general poco eficaces.

V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi **CONSENTIMIENTO**, al tratamiento de una **HIDROCELECTOMIA**

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. º

.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)



DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)