



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL

Nº Historia:

D.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL.

1.- Mediante este procedimiento se pretende conseguir la nueva continuidad de la vía seminal con el fin de permitir el paso de espermatozoides hacia el exterior.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica se trata de proporcionar una nueva unión del deferente en el tubo del epidídimo para solucionar una obstrucción ya sea de nacimiento o secundaria a infección, traumatismo, cirugía, etc. Las posibilidades de éxito son variables dependiendo de determinadas circunstancias como: función testicular y del epidídimo, lugar donde se hace la anastomosis, evolución de la cirugía.

4.- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como no conseguir realizar la anastomosis por dificultades técnicas o, aún consiguiendo la neoanastomosis, no obtener fecundidad, por azoospermia asociada a otras causas o fallo de la propia anastomosis; infección descendente con afectación testicular (incluyendo en ocasiones la pérdida del testículo); hemorragia de consecuencias imprevisibles, dolores de origen nervioso o inflamatorio de duración variable, rara vez muy duraderos, y que pueden requerir nuevos tratamientos incluyendo cirugía.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....

.....
.....
.....aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....

.....
.....



6.- El médico me ha explicado que otra alternativa es la microaspiración espermática, además de la abstención terapéutica, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la anastomosis túbulo deferencial.

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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL.

En a

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado