

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

TESTÍCULO DERECHO ☐ TESTÍCULO IZQUIEDO ☐ AMBOS TESTÍCULOS ☐

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende descender el testículo no descendido y alojarlo en el escroto para evitar la atrofia de éste, la posibilidad de tumores testiculares, torsiones del testículo y eventualmente una disminución de la fertilidad.

Características

La intervención consiste en localizar el testículo, descenderlo y fijarlo a la bolsa escrotal.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdos a los hallazgos intraoperatorios. En algunas ocasiones este procedimiento puede ser realizado en forma laparoscópica.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Riesgos

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica. Flebitis

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías

Pocos frecuentes y graves: shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis

Específicos de la cirugía: Infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria. Lesión del cordón espermático y/o testículo. Atrofia testicular. Recidiva de la enfermedad

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual del paciente (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ORQUIDOPEXIA DE DESCENSO TESTICULAR**.

Firma Médico_____
Firma Paciente_____
Firma Representante Legal