

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

TESTÍCULO DERECHO TOTAL PARCIAL
TESTÍCULO IZQUIERDO TOTAL PARCIAL

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La orquiectomía consiste en la extirpación total o parcial del testículo. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular, en otras ocasiones la orquiectomía es solo parcial, extirpando únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras.

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del testículo enfermo y desaparición de síntomas derivados.

Características

La incisión se realiza en la piel escrotal o en la zona inguinal del lado a extirpar.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

El post operatorio es habitualmente corto y que la anestesia requerida para su operación será decidida por el médico anestesiólogo, pudiendo ser una anestesia general o una anestesia raquídea.

Riesgos

Ningún procedimiento quirúrgico está 100% exento de riesgos de complicaciones, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización y que esta posibilidad de complicaciones aumenta si se agregan otras condiciones como obesidad, diabetes, hipertensión, cardiopatía, etc.

Que en todo caso, en la orquiectomía estas son en general mínimas y poco frecuentes:

- Sangramiento
- Infección local
- Neuralgias o hiperestesia post operatoria

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. Por ello manifiesto que estoy complacida/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ORQUIECTOMÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal