

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

TESTÍCULO DERECHO TESTÍCULO IZQUIERDO

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Eliminar o disminuir los síntomas la dilatación anormal de las venas del testículo y en algunos casos, contribuir en el tratamiento de una infertilidad.

Características

El varicocele es la dilatación anormal de las venas del testículo, lo que produce una sensación de pesadez escrotal y aumento de tamaño intra escrotal, que se hace más evidente al hacer esfuerzos (levantar pesos, defecar, toser), a veces el varicocele es un hallazgo de examen en el estudio de infertilidad masculina.

La cirugía consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas.

Riesgos

A pesar de una adecuada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, como en toda intervención pueden presentarse algunos efectos no deseados:

- Persistencia de alguna de las molestias que motivaron la operación
- Formación de un hematoma en el escroto (piel del testículo)
- Formación de hidrocele (líquido en el saco escrotal)
- Infección de la herida
- Alteraciones de la sensibilidad local
- No logra mejorar la infertilidad
- En algunas ocasiones es necesaria la hospitalización

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 **VARICOLECTOMÍA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal