

Consentimiento Informado ORQUIDOPEXIA DE DESCENSO TESTICULAR

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

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 acuerdo 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 de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos este procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

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

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal