



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Anastomosis Túbulo  
Deferencial

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Anastomosis Túbulo Deferencial**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Anastomosis Túbulo Deferencial

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. ....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:  
**ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL.**

## INFORMACIÓN

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.

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

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.

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, aun 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.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....

Aunque puede ser realizable sin su 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 vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

El médico me ha explicado que otra alternativa es la micro aspiración 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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

#### **ANASTOMOSIS TÚBULO DEFERENCIAL.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr: ....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).