



**Consentimiento Informado –
Urología Adulto**

Consentimiento Informado Para Orquiectomía Radical

Consentimiento Informado Para Orquiectomía Radical

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 efectuar una

ORQUIECTOMÍA RADICAL como forma de tratamiento de mi TUMOR TESTICULAR.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante esta cirugía se realizará la extracción del testículo y el cordón espermático del lado que presenta el tumor. Una vez extraído, éste será enviado a biopsia diferida para que el médico patólogo realice el estudio microscópico. Con dicha información, su urólogo tratante podrá definir tratamientos adicionales a esta cirugía.

El médico me ha explicado 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, de cuyos riesgos me informará el anestesista.

Esta intervención se realizará a través una incisión en la zona inguinal del lado a extirpar. Dependiendo de los resultados de la cirugía, ésta puede ser ambulatoria o requerir un día de hospitalización. Esta información será confirmada por su médico tratante.

El médico me ha explicado que es posible instalar una prótesis testicular que simulará la presencia del testículo extirpado. Comprendo que su función es sólo estética y que por lo mismo, es posible prescindir de ella.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios no deseados, tanto sistémicos (los que pueden afectar a otros órganos y sistemas), como locales. Dentro de estos últimos, es importante conocer el riesgo de: Hemorragia (sangrado y eventual transfusión de sangre o hemoderivados), tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio, cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo de la cuantía. Hernia inguinal secundaria; Dolor local; Complicaciones derivadas de la herida operatoria, infección con diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias (dolor con origen en los nervios), hiperestésias (aumento de la sensibilidad de la piel), o hipoestésias (disminución de la sensibilidad de la piel). Complicaciones derivadas de la instalación de una prótesis testicular, como desplazamiento (migración) de la prótesis que requiera de una segunda intervención para su reposicionamiento, infección de la prótesis con necesidad de extracción de ella, extrusión de la prótesis, etc.

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

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una 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, rechazo de transfusiones o cualquier otra circunstancia.



Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, rechazo de transfusiones, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que, aunque puedan existir otras opciones de tratamiento en mi caso esta es la más adecuada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho 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:
ORQUIECTOMÍA RADICAL como forma de tratamiento de mi TUMOR TESTICULAR.**

LADO Derecho
 Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

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).