

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación) FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____
--

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____ (Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)
---

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO _____ (NO utilizar ABREVIATURAS)
---

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA _____ (NO utilizar ABREVIATURAS)
---

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA DE TESTÍCULO

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante esta intervención quirúrgica se extrae una pequeña parte del testículo para realizar un estudio microscópico.

Sirve para realizar el diagnóstico de infertilidad y para llegar a un diagnóstico anatomopatológico en el caso de que existan lesiones testiculares.

### CÓMO SE REALIZA

La técnica se puede realizar abriendo la piel del escroto o mediante un pinchazo con una aguja especial, con anestesia local o regional.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto pudiendo continuar un control ambulatorio.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Sirve para confirmar el diagnóstico de infertilidad y para el diagnóstico de posibles lesiones testiculares.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Problemas locales como hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal, generalmente leves.
- Hemorragia postoperatoria que suele ser de escasa gravedad.

#### • LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Hemorragia severa o infección grave que pueden conducir a la pérdida del testículo.
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, apertura de la sutura, fístulas permanentes o temporales, 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 -Dolores nerviosos-, hiperestésias -aumento de la sensibilidad- o hipoestésias -disminución de la sensibilidad-).
- También existe la posibilidad de no obtener una muestra de tejido suficiente para su análisis.
- La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomarán muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico