

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.
Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la extirpación total o parcial del testículo (orquiectomía).

Cuando la extirpación es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular.

Cuando la extirpación es parcial, se extirpa únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras (orquiectomía subalbuginea).

Si realiza la extirpación de ambos testículos (orquiectomía bilateral) se pretende la eliminación de la producción de testosterona.

En la mayoría de los casos es posible la colocación de una prótesis testicular que cubra el defecto estético tras la extirpación del testículo.

En el caso de lesiones o procesos inflamatorios crónicos puede estar indicada la extirpación exclusivamente del epidídimo.

CÓMO SE REALIZA

La incisión se realiza en la piel escrotal (caso de orquiectomía subalbuginea y epididimectomía) o en la zona inguinal (caso de orquiectomía total o radical). Si la orquiectomía es parcial la incisión será a nivel de la piel escrotal.

El procedimiento requiere la administración de anestesia.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

Es normal presentar molestias generalmente leves en la zona intervenida. Puede ser necesaria la colocación de un drenaje a mantener durante 24-48 horas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante la eliminación del testículo enfermo se pretende la desaparición de los síntomas.

Pretende curar o paliar la patología que usted sufre.

OTRAS ALTERNATIVAS

Si se trata de un tumor maligno de testículo no existen otras alternativas y en las demás indicaciones las alternativas pueden ser el tratamiento hormonal u otros tratamientos médicos, pero en su caso la intervención quirúrgica es la mejor opción.

En su caso: _____.

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.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- *Cuando la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormona masculina (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente).*
- *Hematoma de la zona operatoria, generalmente leve.*

➤ **LOS MÁS GRAVES:** *Suelen ser los menos frecuentes.*

- *Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente;*
- *Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Pudiendo precisar la utilización de sangre y hemoderivados*
- *Hernia inguinal secundaria*
- *Inflamación o infección de los elementos no extirpados.*
- *Sepsis e infección generalizada, que aunque improbables pueden resultar graves, incluyendo riesgo para su vida.*
- *Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).*

Consentimiento Informado *Orquiectomía y pididimectomía*

- *Dolor escrotal crónico*
- *En caso de colocar prótesis, posibilidad de rechazo y/o infección, que pueden obligar a reintervención para la retirada de la prótesis.*
- *Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).*
- *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.*

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Consentimiento Informado *Orquiectomía y pididimectomía*

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **ORQUIECTOMÍA Y EPIDIDIMECTOMÍA**.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____

con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas