

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

ORQUIDOPÈXIA

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient en la meva situació sotmetre'm a una intervenció d'orquidopèxia.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

L'operació es realitza en els casos en què el testicle no baixa a la bossa escrotal i es queda en el canal engonal i dintre de l'abdomen. La intervenció consisteix a localitzar el testicle, baixar-lo i fixar-lo a la bossa escrotal. El testicle que resta fora del seu lloc habitual (la bossa escrotal) durant anys pateix processos d'atròfia o degeneració maligna, per la qual cosa en alguns casos és necessari extirpar-lo (orquiectomia). Aquesta decisió a vegades només es pot prendre intraoperatoriament. La intervenció es realitza amb anestèsia general. Com que el lloc més freqüent d'allotjament és el canal engonal, el tall es fa en la zona de l'engonal. El postoperatori normal és d'1 a 3 dies; després, el pacient serà tractat de manera ambulatoria.

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

- Descens del testicle a la bossa escrotal.
- Correcció d'hèrnia, si existeix.
- Millora de la fertilitat del pacient.
- Evitar la possible malignitat del testicle intrabdominal.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUENTS)

- No aconseguir el descens testicular, per la qual cosa caldrà una nova intervenció al cap d'uns mesos.
- Aparició d'hèrnia engonal.

- Necessitat de realitzar orquiectomia.
- Lesió dels vasos espermàtics.
- Atròfia testicular.
- Hemorràgia incoercible, tant durant l'acte quirúrgic com en el postoperatori. Les conseqüències de l'esmentada hemorràgia són molt diverses depenent del tractament que es necessiti.
- Problemes i complicacions derivats de la ferida quirúrgica.
 - Infecció de graus de gravetat diferents.
 - Dehiscència de sutura (obertura de la ferida), que pot necessitar una intervenció secundària.
 - Fístules temporals o permanents.
 - Defectes estètics d'alguna de les complicacions anteriors o processos cicatritzants anormals.
 - Intolerància als materials de sutura, que pot arribar a la necessitat de reintervenció per extreure'ls.
 - Neuràlgies (dolors nerviosos) hiperestèsies (augment de la sensibilitat) o hipoestèsies (disminució de la sensibilitat).

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Tractament hormonal, només en algunes circumstàncies.

El Servei d'Anestèsia informará el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que se'm realitzi una intervenció.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20....

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional

ingrés per CMA

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una, que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa

Olot, de de 20.....