

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TESTICULAR

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- El médico me ha explicado que la alternativa es la biopsia testicular percutánea pero que en mi caso la mejor alternativa es la quirúrgica, siendo complementarios el estudio hormonal y el seminograma.
- Se me ha explicado que mediante este procedimiento se pretende establecer la existencia o no de esterilidad y llegar a un diagnóstico anatomopatológico en el caso de que existan lesiones testiculares.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Mediante esta técnica, que es una intervención quirúrgica, se extrae una pequeña parte del testículo para realizar un estudio microscópico.
- La técnica se puede realizar abriendo la piel del escroto o mediante un pinchazo con una aguja especial, se trata de una operación hecha con anestesia local.
- Se puede utilizar otras formas de anestesia en caso de que mi condición clínica lo requiera. de cuyos riesgos y tipo será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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, que pueden tales como no conseguir un material biopsico significativo, la hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal con sus posibles complicaciones locales o generales.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....