

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha explicado que la vasectomía es un método quirúrgico de interrupción de la fertilidad masculina.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se trata de una operación hecha con anestesia local, pudiéndose utilizar otras formas de anestesia en caso de que mi condición clínica lo requiera.
- Se realizan uno o dos cortes en el escroto, que posteriormente son suturados, pudiendo haber o no necesidad de retirar los puntos, dependiendo del material utilizado.
- A través de estos cortes, se realiza sección de los conductos deferentes, interrumpiendo así el paso de los espermatozoides hacia el líquido eyaculado.
- El paciente solo podrá retomar su actividad sexual sin utilizar algún método de anticoncepción, cuando el espermiograma muestre ausencia de espermatozoides en el eyaculado. Esto solo ocurre en general, después de un promedio de 25 eyaculaciones, que es el número necesario para vaciar el tracto genital, que está al frente de donde fue hecha la sección del conducto deferente.
- El método no interfiere en la función sexual ni causa impotencia sexual (o disfunción eréctil). Hasta el momento no se conoce ninguna enfermedad que ocurra más frecuentemente en hombres vasectomizados.
- 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.
- El procedimiento pudiera requerir otro tipo de anestesia 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.

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 ser poco graves y frecuentes, como: 1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica. 2. Hematoma. 3. dolor prolongado en la zona de la lesión. 4. cicatriz hipertrófica. 5. flebitis.
- Poco frecuentes y de mediana gravedad: 1. Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- Poco frecuentes y graves: 1. Shock anafiláctico y/o hemodinámica. 2. sepsis.
- Específicos de la cirugía: 1. Infección, hematoma y/o seroma de la herida operatoria. 2. sangramiento intra abdominal. 3. hidrocele residual 4. recidiva (a pesar de que la vasectomía es un método de esterilización permanente, existe una pequeña posibilidad (1 de cada 2000 operaciones) de que ocurra re canalización espontánea, es decir, el paso de los espermatozoides de un ducto para otro y así volver a ser eyaculados y el individuo permanece fértil y puede ocasionar un embarazo). 5. atrofia testicular.
- 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