

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO.

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:.....

DIAGNÓSTICO:.....
(NO utilizar ABREVIATURAS)

PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN DE VASECTOMÍA:.....
.....
(NO utilizar ABREVIATURAS)

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

La intervención consiste en la interrupción del paso de los espermatozoides desde los testículos a la uretra mediante la sección de los conductos deferentes

Sirve como técnica de esterilización masculina definitiva.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere anestesia local y no es necesario el ingreso hospitalario. Se realiza a través de una o dos pequeñas incisiones en el escroto (piel que recubre al testículo). Se llega a los conductos deferentes, que son los que conducen los espermatozoides desde el testículo a la uretra, y se seccionan (vasectomía).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La recuperación después de esta intervención suele ser corta. Durante unos días podrá necesitar analgésicos y antiinflamatorios para el control de las molestias que pueden aparecer en la zona intervenida.

La esterilización no se consigue inmediatamente tras la intervención, por lo que deberá utilizar otros métodos anticonceptivos. Varias semanas después, debe realizarse un estudio de su semen y evaluarlo con su médico tratante para confirmar que la esterilización es ya definitiva.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En conseguir un método anticonceptivo definitivo.

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:

- Molestias testiculares y de la zona operatoria generalmente leves.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, 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-).

- Posibilidad de recanalización espontánea del conducto deferente, aún a largo plazo. Si se produce es posible que persista su capacidad fértil.

- Inflamación e infección de los testículos.

- Inflamación e infección del epidídimo.

- 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.

- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

- Reacciones vágales en el momento de la realización que pueden ocasionar parada cardiorrespiratoria.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que puede conllevar 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 tomará 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.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.
En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA

Fecha de obtención del consentimiento informado:.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal

RUT..... FIRMA

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal.....

RUT..... FIRMA

Fecha.....