

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. He/ hemos sido informados que mi/ nuestro hijo....., presenta un diagnóstico presuntivo de CRIPTORQUIDEA, por lo que luego de habérseme/nos explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos y riesgos de su patología, como así también los objetivos, características y beneficios esperados de la cirugía propuesta, autorizo/amos al **Dr./a** , y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como , que se realizará en -

2. La criptorquidea es una anomalía producida por una alteración en el descenso del testículo a la bolsa escrotal que es donde se encuentra normalmente. El testículo puede encontrarse a la entrada de la bolsa, en el conducto inguinal o dentro del abdomen. También puede encontrarse fuera de su trayecto (en este caso se llama ectópico) o estar atrofiado.

3. La orquidopexia consiste en la exploración del escroto y el conducto inguinal con el fin de localizar el testículo sano, reparar la patología asociada (conducto peritoneovaginal, hernia inguinal indirecta, etc.) y fijarlo a la bolsa escrotal. Puede ocurrir que a pesar de una correcta intervención quirúrgica, los vasos sanguíneos que van al testículo sean demasiado cortos e impidan descenderlo hasta la bolsa escrotal. En este caso, se bajará lo más posible en el conducto inguinal y allí se fijará para intentar descenderlo en una intervención posterior.

4. En algunos casos es recomendable una biopsia testicular de unos milímetros cúbicos o más en caso de ser necesario, para estudio y posterior diagnóstico del estado del testículo.

5. La intervención enunciada en el punto precedente me/nos ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo/entendemos la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy/estamos en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me/nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me/nos han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me/nos han sido específicamente aclarados:

3.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me/nos han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:

3.1.1 **Frecuentes:** Edema e hinchazón que remite en pocos días. Infección de la herida quirúrgica, hemorragia, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica).

3.1.2 **Menos frecuentes:** Recurrencia, hipoplasia o atrofia testicular, posible lesión difusa de la capacidad reproductiva por agresión autoinmune.

6. Se me/nos ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo/amos y requiero/requerimos que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo/amos a que el cirujano, o quien él designe, realice las curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-

7. Estoy/estamos en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en este caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me/nos ha informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

8. Se me/nos ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi/nuestra voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que provoque una enfermedad incurable o lo coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de su estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en su persona.

9. Se me/nos ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma. Específicamente se me/nos ha explicado que de no realizar la intervención quirúrgica existe riesgo de que se produzca una atrofia testicular, que exista una anomalía en la función hormonal y que además, no se produzcan espermatozoides. Asimismo, **es posible la aparición de cáncer en estos restos testiculares.**

10. Se me/nos ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme/nos la siguiente: Realizar un tratamiento hormonal – sobre todo cuando el problema es bilateral – que puede provocar el descenso del testículo al escroto. Sin embargo en el caso de mi/nuestro hijo se me/nos ha explicado que la cirugía indicada es la mejor terapéutica. Se me/nos ha explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-

11. Soy/somos consciente/s que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco/reconocemos que a pesar que el Cirujano me/nos ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me/nos han sido garantizados la obtención de los mismos.-

12. Me/nos comprometo/comprometemos a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me/nos ha explicado y los que me/nos indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que mi/nuestro hijo posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me/nos brindó sobre el particular.-

13. Declaro/declaramos bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer sus antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que le pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto/amos que es alérgico a:

.....
14. Autorizo/amos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de su historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo/amos la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de su identidad.-

15. Se me/nos ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo/podemos retractarme/retractarnos del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé/deberemos comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

16. He/hemos leído detenidamente este instrumento y lo he/hemos entendido acabadamente, por lo que autorizo/amos la cirugía indicada.

17. En atención al grado de madurez y desarrollo del menor, se hace constar que él **SÍ / NO** ha recibido la información que se alude y consigna en este instrumento.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: