

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE CRIPTORQUIDIA

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/_____
Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra. _____ me ha informado de de la necesidad de proceder a la búsqueda, descenso y fijación del testículo o testículos de mi hijo y, eventualmente, de una biopsia quirúrgica para el estudio de su patología testicular.

1. El propósito principal de la intervención es colocar el testículo en el interior de la bolsa escrotal y suturarlo al tabique o al dartos, para intentar evitar que vuelva a ascender.

2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación

3. La intervención consiste en la abertura de la ingle, la búsqueda del testículo, su liberación y reparación de patología asociada (conducto peritoneovaginal, hernia inguinal indirecta,..), con la creación de un conducto hasta escroto y la fijación al tabique del escroto o al dartos (bilateral si es el caso). En algún caso es recomendable una biopsia testicular de unos milímetros cúbicos, o más en caso necesario, para estudio y posterior diagnóstico del estado del testículo. En algunos casos no es posible encontrarlo en el conducto inguinal, o no es posible bajarlo hasta la bolsa escrotal por excesiva tensión de los vasos testiculares o del deferente; en el primer supuesto, hay varias opciones, y la más recomendable es dejarlo lo más bajo posible, para, en una segunda intervención, intentar bajarlo hasta el escroto. Habitualmente es una técnica que se realiza en régimen ambulatorio (CMA). En los casos de situación intra-abdominal se recomienda la técnica laparoscópica, que requiere ingreso.

4. La posible alternativa de no-intervención, nos impediría colocar el testículo en su lugar, y conlleva una pérdida progresiva de su capacidad generadora de espermatozoides (reproductora), así como su posible lesión por traumatismo, su posible malignización y su dificultad de exploración.

5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser las propias de toda intervención quirúrgica como el dolor en el escroto, hemorragia, infección de la herida o dehiscencia, y una posible lesión difusa de la capacidad reproductiva por agresión auto inmune.

7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de criptorquidia de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

De acuerdo con todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO	
<p>Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra</p> <p>D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>Firma autorizada: _____ VºBº niño</p> <p>Fecha:, a de de 2.....</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>Firma: _____</p>

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
<p>Nombre de la persona que NO AUTORIZA Médico Informante Testigo (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra.....</p> <p>DNI :</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha:, a de de 2.....</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr/Dra.....</p> <p>CNP/NºCol:.....</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Testigo</p> <p>Sr.Sra.....</p> <p>DNI :</p> <p>Firma: _____</p>

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
<p>Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.</p>	
<p>Nombre :0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . . .</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha:, a de de 2.....</p>	<p>Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0</p> <p>Firma: _____</p>