

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ANASTOMOSIS TÚBULO-DEFERENCIAL O EPIDÍDIMO-VASOVASOSTOMÍA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en unir los conductos por donde pasan los espermatozoides y así solucionar la obstrucción a su salida al exterior, que puede ser de nacimiento o secundaria (infección, traumatismo, cirugía, etc).

La finalidad es conseguir la continuidad de la vía seminal con el fin de permitir el paso de los espermatozoides hacia el exterior. El resultado de la cirugía es variable y depende de algunas circunstancias como: la función de los testículos y del epidídimos, del lugar donde se hace la unión y de la evolución de la cirugía.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- No conseguir la unión de los conductos.
- No obtener la posibilidad de fecundar.
- Infección del testículo (incluyendo a veces su pérdida).
- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Dolores de origen nervioso o inflamatorio.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene  Diabetes  Obesidad  Hipertensión

Anemia  Edad Avanzada  Tabaquismo  Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Obtener espermatozoides con otras técnicas (aspirar esperma o con biopsia del testículo).

**AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE ANASTOMOSIS TÚBULO-DEFERENCIAL O EPIDÍMO-VASOVASOSTOMÍA"**

Yo, D./D<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: