**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos a través del conducto deferente y que desembocan en la uretra a través de los conductos eyaculadotes. Esta interrupción se realiza mediante la sección del conducto deferente y ligadura de ambos extremos. La vasectomía se practica con la idea de perpetuidad, pero es posible reconstruir la continuidad del deferente, en determinadas circunstancias, y sin totales garantías de éxito

La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de esterilización masculina. Mediante esta técnica se trata de obtener la infertilidad. Existe el riesgo de repermeabilización de la vía seminal, ya que tras la intervención los espermatozoides van disminuyendo en número poco a poco y, por tanto, se sigue siendo fértil. Se debe seguir utilizando un método anticonceptivo seguro hasta que se realice un espermiograma de control que demuestra la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado. Este espermiograma nos asegura que todos los espermatozoides han sido eliminados, así como nos descarta el que se pudiera haber producido una repermeabilización espontánea de la vía. De forma excepcional ha sido descrita la repermeabilización espontánea de la vía seminal de forma tardía.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. 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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,...y los específicos del procedimiento: Complicaciones generales: - Reacciones alérgicas al anestésico local. - Reacciones no frecuentes: lipotimias, paradas cardiorrespiratorias. - Complicaciones locales: - Infección de la herida quirúrgica, incluso se ha descrito la periuretritis difusa aguda (gangrena de Fournier), de extrema gravedad. - Hematoma en la zona de intervención. - Cicatrización anómala. - Inflamación testicular. - Dolores testiculares, más o menos crónicos, secundarios a la cicatrización (que en algunos casos puede requerir nueva intervención, por granuloma espermático). Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, a veces de urgencia.

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_