



1. Identificación y descripción del procedimiento

Tras la extirpación testicular, o en casos de ausencia del mismo en escroto existe la posibilidad de sustituir el testículo mediante una prótesis artificial con fines fundamentalmente estéticos. Usted ya ha sido informado de ello y ha decidido de acuerdo con sus preferencias y los criterios médicos expuestos, la colocación de una prótesis testicular.

La implantación se realiza habitualmente con anestesia locorregional o general. La estancia postoperatoria suele ser de 1 a 3 días.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Restaurar la imagen corporal.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No se han descrito.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas en los apartados uno y dos de este documento.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no-aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- Decúbito de la prótesis, y probable expulsión o rechazo de la misma.
- Retirada de la prótesis por un proceso infeccioso o intolerancia.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, neuralgias, fistulas, etc. que conllevan la retirada de la prótesis y nueva intervención.

De los riesgos anestésicos será informado por el Servicio de Anestesia.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en
....., DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado
de la paciente), con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi
situación la realización de

.....
y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir
el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

