

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TESTICULAR

Consentimiento Informado

San Isidro, __/__/2019

1- Yo, por la presente autorizo al Dr. Claudio Terradas y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como **Biopsia Testicular para recuperación y criopreservación de espermatozoides** en la región correspondiente a Zona Genital que se realizará el día __/__/2019 en Instituto Médico de Alta Complejidad San Isidro SA

2- Dicha intervención, así como los posibles tratamientos alternativos me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la cirugía. Estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.....

Entiendo que en toda intervención quirúrgica existe el riesgo potencial de complicación. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, cuyas características estéticas dependerán de la modalidad de cicatrización individual de cada paciente y de la evolución especial de cada caso.

Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas son variables según el tipo de operación y podrían ser tales como inflamación, hematoma, seroma, hemorragia durante y/o después de la biopsia, lesiones del aparato digestivo y/o urinario evidentes durante y/o después de la intervención, infección tanto superficial como profunda, fistulas, tejido cicatrizal anormal, decoloración o pigmentación de la piel, trastornos de conducción nerviosa periféricas u otras; así como complicaciones por el empleo de electro-cauterio y propias de la anestesia.

3- Reconozco que durante el curso de la operación, situaciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto autorizo y requiero que el Dr. Claudio Terradas o quien el designe realice las intervenciones o procedimientos médicos que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anátomo-patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. que pudieran no haber sido previstas anteriormente. La autorización concedida bajo este punto 3 se extenderá también para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación que lo obliguen a modificar la estrategia quirúrgica en el preoperatorio.

Asimismo autorizo a que el Dr. Claudio Terradas quien el designe realice mis curaciones y los controles necesario en el post-operatorio.

4- Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por el cirujano o el anestesista convocado al acto y a la utilización de dichas anestесias como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento, sin perjuicio de las explicaciones que el especialista me brinde en particular.

5- Soy conciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de resultado alguno.

6- Doy mi consentimiento a ser fotografiada/o y/o filmado antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos o académicos manteniendo mi anonimato.

7- Me comprometo a cooperar en el cuidado del desarrollo y de la evolución de la operación realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva que me será otorgada con posterioridad por el Dr. Claudio Terradas o por el médico que el designe; asimismo me comprometo a informar al cirujano en forma inmediata cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

9- He leído detenidamente este consentimiento que se me entregó con antelación al acto quirúrgico y lo he entendido en su totalidad.

Firma del paciente.....

Aclaración.....

Documento.....

Día.....