

Intervención de biopsia testicular

1. Identificación y descripción del procedimiento

La biopsia testicular es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de una pequeña parte de testículo para realizar un estudio microscópico.

Se puede realizar abriendo la piel del escroto o mediante un pinchazo con una aguja especial, con anestesia local o regional.

Esta intervención la practicaremos habitualmente en casos de estudio de esterilidad (biopsia uni o bilateral) o para estudio de zonas anormales del testículo.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Establecer la existencia o no de esterilidad masculina. El diagnóstico anatomopatológico en el caso de que existan lesiones testiculares.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

La biopsia testicular percutánea. El estudio hormonal y seminograma son complementarios.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las consecuencias previsibles ya han sido tratadas en el apartado beneficios

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 espera los siguientes efectos secundario o complicaciones:**

No conseguir un material biopsico significativo.

Hemorragia post-operatoria que suele ser de muy poco volumen.

Hematomas.

Infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal, con sus posibles complicaciones locales y generales.

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 la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Doña/o años, con D.N.I. Nº..... y con domicilio en
Don/Doña/o años, con D.N.I. Nº..... y 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 ha comprendido adecuadamente la información que me ha dado

En , a de de

Fdo.: D/Dña.....

DNI.....

Fdo.: D/Dña.....

Colegiado Nº:.....

REVOCACION 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

Fdo.:Médico

Fdo.: Paciente.

Colegiado Nº:.....

DNI.....