

Implantación de prótesis testicular

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 anestesia 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 pueden 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.

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.

8. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____

Don/Doña _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____,
en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la
paciente) _____ con DNI _____

Declaro:

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

En _____ .año _____ .de _____ de _____ .20

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____ DNI _____
Colegiado nº: _____ ..

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

En _____ .año _____ .de _____ de _____ .20

Fdo. el médico
Colegiado nº: _____

Fdo. el/la paciente
DNI _____