

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMÍA

Yo,..... de..... años de edad,
Con domicilio
en..... y
DNI N°.....

DECLARO

Que el Doctor/a, con CMP.....y
RNE..... me ha explicado lo que es una VASECTOMÍA

1.- Mediante este procedimiento se pretende la esterilización.

2.- Mediante esta técnica se trata de obtener la infertilidad. La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de esterilización masculina. 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 eyaculadores. 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.

Sé que la vasectomía se realiza con anestesia local a través de dos pequeñas incisiones de 1,5 cms. en ambas raíces del escroto, cerca de la base del pene.

4.- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como complicaciones generales: reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: infección o sangrado de la herida, cicatrización anómala, incluso de forma ocasional cierto dolorimiento testicular, o inflamación e infección del mismo o del epidídimo.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, a veces de urgencia.

Además y muy especialmente, el médico me ha explicado y advertido en qué consiste el riesgo de repermabilización de la vía seminal, y he comprendido 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 demuestre la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado (azoospermia). Este espermiograma nos asegura que todos los espermatozoides han sido eliminados, así como nos descarta el que se pudiera haber producido una repermabilización espontánea de la vía.

Este espermiograma nos asegura que todos los espermatozoides han sido eliminados, así como nos descarta el que se pudiera haber producido una repermabilización espontánea de la vía. También sé que de forma excepcional ha sido descrita en la literatura la repermabilización espontánea de la vía seminal de forma tardía, lo que conllevaría la posibilidad de embarazo, en cualquier momento.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado que existen otras alternativas para la anticoncepción, pero que en mi caso, pretendiendo la esterilización con idea de perpetuidad, la mejor alternativa terapéutica es la vasectomía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la VASECTOMÍA

En la ciudad de Lima, a horas..... del

.....
Paciente:
DNI:

.....
Médico
CMP: RNE: