

RECANALIZACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE (VASOVASOSTOMIA)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Modelo 22

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D.	[]						
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº	[]	, estado civil	[]	, y			
con domicilio en la Ciudad de	[]						
Calle	[]	nº	[]	C.P.	[]	País	[]

I. ¿En qué consiste?

Dicha intervención tiene por finalidad restablecer la permeabilidad de las vías seminales que han sido previamente ocluidas.

II. ¿Cuándo está indicada?

Cuando el hombre desea recuperar la fertilidad después de haber sido previamente vasectomizado.

III. Procedimiento

Bajo anestesia, se practica una incisión de unos 3 cm en la bolsa testicular. Se identifica el conducto deferente, se extirpa la porción ocluida y después de valorar la presencia y características de los espermatozoides en el líquido seminal, se unen los extremos restantes mediante puntos de sutura con técnica microquirúrgica. En ocasiones, no se observan espermatozoides en el momento de la intervención. Esta técnica quirúrgica es compleja, por lo que su duración puede llegar a ser de horas. A veces, el estado de los extremos de los conductos impide la repermeabilización quirúrgica.

IV. Resultados

La tasa de permeabilizaciones oscila entre 70 y 90%, y la de gestaciones entre 40 y 80% de los casos en los que se logra repermeabilizar.

V. Riesgos

Los riesgos asociados a la anestesia necesaria para el procedimiento quirúrgico se especifican en el documento informativo específico.

Las complicaciones típicamente asociadas a esta intervención son hematoma, dolor, infección y fracaso en la repermeabilización, y su frecuencia se puede considerar escasa.

Los conductos repermeabilizados tras la intervención pueden volver a ocluirse espontáneamente, como consecuencia de una reacción inflamatoria o de un proceso de cicatrización normal o anormal. Por este motivo, puede ser aconsejable congelar preventivamente espermatozoides si se obtienen en el momento de la intervención o a partir del momento en que reaparezcan en el eyaculado.

El éxito de la recanalización no implica necesariamente la recuperación de la fertilidad del varón.

VI. Riesgos Personalizados

VII. Información económica (si procede)

Los precios que rigen en este centro, se detallan en presupuesto adjunto, significándose la imposibilidad de concretar previamente de forma exacta el coste total, debido a que los tratamientos varían en cada paciente.

VIII. Alternativas ante el fracaso de la técnica

Si el estado de los conductos deferentes hace imposible su recanalización, o parece probable el fracaso posterior del procedimiento, se puede recurrir a la congelación de los espermatozoides procedentes de biopsia testicular realizada en el mismo acto quirúrgico.

DECLARO

1. Que me ha sido explicado que al tener realizada una vasectomía y que en la actualidad deseo recuperar mi fertilidad, para lo que se me ha propuesto la posible recanalización quirúrgica de mis conductos deferentes.
2. Haber sido informado de todas las técnicas quirúrgicas posibles a fin de intentar lograr dicha recanalización, y convengo que la más aconsejable en mi caso es la llamada vasovasostomía.
3. Haber comprendido que:
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - La disposición del personal sanitario de este centro para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.

Y una vez debidamente informado,

AUTORIZO:

A la aplicación de los procedimientos quirúrgicos destinados a la recanalización de conductos deferentes (vasovasostomía).

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro _____ pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

En a de de

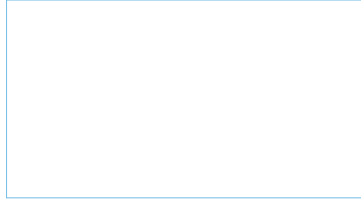
Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Fdo. D.

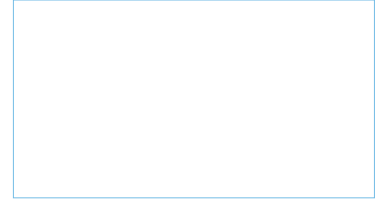
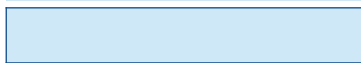
ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

D. [Redacted]
[Redacted]
, mayor de edad, provista de DNI / pasaporte nº [Redacted] y domicilio en la calle/plaza
[Redacted] de [Redacted]
en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

En [Redacted] a [Redacted] de [Redacted] de [Redacted]



Fdo. D.



Firma del Médico