

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I) INFORMACIÓN

Le ofrecemos esta información para que usted pueda decidir mejor acerca de la vasectomía

La vasectomía es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico. Sirve para lograr la esterilidad definitiva del hombre. Realizada esta cirugía, el hombre perderá en forma permanente su capacidad para tener hijos

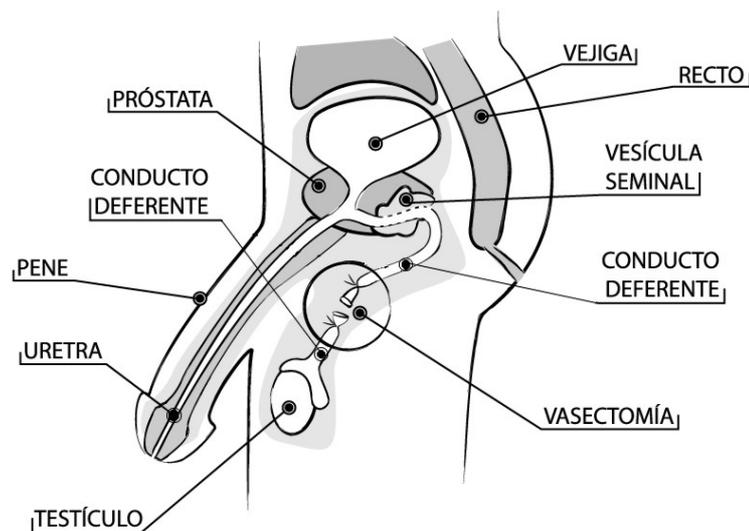
La vasectomía consiste en cortar y extirpar una pequeña parte del tubo (conductos deferentes) que transporta los espermatozoides desde los testículos donde se forman, hasta las vesículas seminales.

El líquido que se expulsa en la eyaculación conserva su aspecto habitual y sus mismas características pero sin espermatozoides.

No es una castración. No afecta los testículos, ni la ni la producción de hormonas, por lo que tampoco afecta la capacidad de erección, ni interfiere en las relaciones sexuales ni en el goce de las mismas.

El método puede fallar en muy raras ocasiones, a pesar de haber sido bien realizado .

Se pueden producir aproximadamente 2 embarazos por cada 1000 hombres operados de vasectomía



La vasectomía es una intervención quirúrgica relativamente sencilla. Existen varias técnicas para realizarla, de igual efectividad y para ella, se pueden usar anestesia general o local.

En todos los casos se procede a atar cada conducto deferente y luego cortarlos. (ver dibujo)

En muy raras ocasiones pueden existir complicaciones. Estas complicaciones están relacionadas con la cirugía o la anestesia. Un ejemplo, son las reacciones imprevisibles a la anestesia o a los medicamentos. Otro ejemplo, es el sangrado o la infección de la herida operatoria. En su caso particular, además se deberá tener en cuenta:
.....
.....
En caso que ocurriera alguna de ellas se pondrán todos los medios a nuestro alcance para solucionarlas.

Después del procedimiento deberá aplicarse compresas frías por unas horas. Generalmente hay un leve malestar de 2 ó 3 días: dolor en el escroto (bolsa de los testículos), hinchazón y hematomas.
Descansar y usar un calzoncillo ajustado para sostener el escroto por 2 o 3 días.
Si no hay molestias puede volver a tener relaciones sexuales en dos a tres días pero tenga en cuenta que:

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata. Los espermatozoides reservados en las vesículas seminales, pueden aún estar vivos y la vasectomía no impide que ellos salgan con la eyaculación. Es necesario utilizar preservativos u otro método de planificación familiar por lo menos para las primeras 20 eyaculaciones, o durante los primeros tres meses posteriores a la cirugía, lo que ocurra primero.

Tenga presente:

- ***Que la vasectomía no previene el contagio del virus del SIDA, ni de ningún otra enfermedad de transmisión sexual***
 - ***Que usted puede elegir otros métodos anticonceptivos transitorios.***
 - ***Que también existe un método quirúrgico de anticoncepción definitiva para la mujer, llamado **ligadura de trompas**.***
- Si desea más información no dude en preguntarle a su médico/a .***

MUY IMPORTANTE

- # Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el postoperatorio, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.**
- # Este procedimiento es voluntario. Usted no tiene ninguna obligación de optar por esta práctica. Podemos intentar buscar otras alternativas, no definitivas.**
- # Si decidiera no realizarse la intervención, puede retirar su consentimiento firmado con total libertad, hasta momentos antes de efectuarla.**

☞ Si considera que ha sido debidamente informado y decide libremente ser operado de vasectomía, deberá firmar este documento de consentimiento.

II) CONSENTIMIENTO DE VASECTOMIA

He sido informado sobre la naturaleza de la intervención de vasectomía, de sus riesgos y beneficios.

He entendido la información que se me ha dado.

He podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Por todo lo anterior, doy mi consentimiento para ser operado de vasectomía.
Expreso.....
.....
.....

Nombre completo del INTERESADO:
.....
.....

N° de historia clínica:

Nombre completo del médico de cabecera:
.....
.....

Lugar y fecha:,de.....de.....

Firma del paciente

Tipo y N° de documento

Firma y sello de/los profesionales responsables del proceso de consentimiento informado.

Firma	Nombre y Apellido	Fecha	Observaciones
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____