



Formulario de Consentimiento Informado para esterilización quirúrgica masculina

Nombre del procedimiento: Esterilización quirúrgica masculina	Servicio de
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

La esterilización quirúrgica masculina o vasectomía es la cirugía mediante la cual se realiza una oclusión de ambos conductos deferentes (los cuales llevan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra); esta se realiza únicamente en personas mayores de edad. La cirugía por lo general es ambulatoria (la salida es el mismo día de la operación), bajo anestesia local y requiere una o dos heridas pequeñas en el escroto.

Este procedimiento está indicado para hombres mayores de edad que no desean tener hijos en el futuro, sin límite de edad para solicitarlo o por razones médicas. Tiene un alto porcentaje de efectividad.

Objetivo y beneficios esperables:

Con la esterilización quirúrgica se pretende remover la fertilidad del hombre.

Alternativas disponibles:

De no desear realizarse la esterilización quirúrgica, la CCSS le ofrece como método anticonceptivo el preservativo o condón.

Consecuencias previsibles:

Aquellas producidas por la técnica quirúrgica. Las complicaciones más comunes son: dolor, hematoma -acumulación de sangre- o infección. Estas suelen tratarse sin necesidad de otra intervención.

Riesgos frecuentes:

Por lo general, los riesgos frecuentes son de baja gravedad, tales como:

- Molestias testiculares y de la zona, generalmente leves.
- Hematomas.

Riesgos más graves:

Rara vez se pueden presentar lesiones importantes, tales como las siguientes:

- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístula -conducto- permanentes o temporal y procesos cicatriciales anormales).



- Posibilidad de recanalización espontánea del conducto deferente, aún a largo plazo. Si se produce es posible que persista su capacidad fértil.
- Inflamación e infección de los testículos.

De presentarse uno de estos riesgos, se debe consultar al Servicio de Emergencias más cercano.

Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Observaciones:

Información de interés:

Es sumamente importante dejar claro que el procedimiento no protege de infecciones de transmisión sexual y que la cirugía de recanalización (vasostomía) implica otra cirugía de mayor riesgo, la cual no garantiza que se logre la fertilidad.

Una vez operado debe suspender las relaciones sexuales por siete días. Además, requerirá de reposo en su casa (aproximadamente 4 horas), con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 minutos y utilización de suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.

Puede volver a la actividad laboral una vez cumplidos los días de incapacidad otorgados por el médico.

Es fundamental el uso de anticonceptivo (condón) hasta que haya ausencia de espermatozoides en el semen, lo cual puede durar hasta 12 semanas después de la cirugía.

Debe efectuarse un conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo, este examen se debe repetir al mes; si persiste positivo se debe revalorar el caso en el EBAIS correspondiente.

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

“Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. Además, declaro que me han explicado oralmente todos los aspectos referentes al procedimiento y que existe la posibilidad de denegar / revocar el consentimiento sin que afecte otros derechos”.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse a la vasectomía quirúrgica cuyo procedimiento pre y postoperatorio se le ha informado?	(SI)	(NO)
¿Tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos de la vasectomía quirúrgica?	(SI)	(NO)



_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del garante (si procede)	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario y garante	Firma Identificación	Fecha