

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTECTOMÍA RADICAL

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DUAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende eliminar toda la vejiga y derivación de la orina con alguna técnica y evitar complicaciones como problemas urológicos y dolores por evolución del tumor en forma local o a distancia.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende la extirpación total de la vejiga por un tumor, que se realiza por vía abdominal.
- Y con variadas posibilidades de vías de eliminación de la orina (interposición de un deposito intestinal entre los ureteres y esfínter de uréter, derivación de uréteres a reservorio colónico, derivación de orina a piel, y otros).
- Cabe la posibilidad que durante la cistectomía radical haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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, que pueden ser: 1. hemorragias que obliguen a reintervención. 2. Flebitis. 3. embolía pulmonar. 4. infección (urinaria, sepsis, de la pared e incisión. 5. fistulas urinarias. 6. fistulas digestivas. 7. complicaciones urinarias (estenosis, abertura o hernia de un estoma, dilatación de la vejiga intestinal con riesgo de retención urinaria, alteraciones renales, ruptura). 8. Efectos secundarios sobre la continencia de la orina. 9. efectos sobre la erección (por daño de nervios de la erección) y/o ausencia de eyaculación (ya que habitualmente se saca también la próstata y vesículas seminales).
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha