

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.- DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RESECCIÓN TRANSURETRAL (O ENDOSCÓPICA) DE PRÓSTATA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La resección transuretral consiste en la extirpación de parte de la próstata. Se practica cuando existe un crecimiento benigno o un crecimiento maligno de la próstata que obstruye la región de salida de la vejiga y dificulta o impide orinar.

Se pretende facilitar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones (infecciones, litiasis, deterioro de la función renal) que la obstrucción crónica puede llegar a producir.

Si se es portador de sonda permanente se pretende que sea posible su retirada.

CÓMO SE REALIZA

Se introduce a través de la uretra un dispositivo (resectoscopio) y se procede a resecar –cortar y extraer- fragmentos del tejido prostático hasta conseguir desobstruir el flujo urinario.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

En el postoperatorio llevará sonda en la vejiga a través de la uretra, que podrá ser mantenida tras su alta hospitalaria. Una vez retirada la sonda realizará micciones con pequeños trastornos (ardor, urgencia) que irán desapareciendo

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Pretende curar o paliar la patología que usted sufre, permitiendo el adecuado vaciado de la vejiga urinaria.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Eyaculación retrógrada (el eyaculado va a la vejiga no al exterior) con probable infertilidad.
- Sangrado moderado por la orina que suele cesar espontáneamente en el postoperatorio
- Síntomas urinarios persistente tras la intervención (aumento de la frecuencia y urgencia por orinar).

• LOS MÁS GRAVES:

- Estrechez de la uretra o del cuello de la vesícula que requiere tratamiento posterior, incluso reintervención.
- Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, que puede ser permanente, por lesión del mecanismo esfinteriano distal.
- Disfunción eréctil.
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad. Puede oscilar desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.
- Infección urinaria, sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, y conllevar riesgo para su vida.

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico