

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 ADENOMECTOMIA PROSTÁTICA POR VÍA ABIERTA. EXTIRPACIÓN DE ADENOMA 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

Mediante este procedimiento se pretenden mejorar sus dificultades para orinar, mejorar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones de la obstrucción crónica, como infecciones urinarias, formación de cálculos y deterioro de la función renal, así como evitar el uso de sonda uretrovesical.

CÓMO SE REALIZA

La intervención se practica a través de una incisión en el abdomen por encima del pubis. Mediante esta técnica se extirpa el adenoma de próstata, que es un crecimiento benigno de la próstata y obstruye el cuello de la vejiga, lo que dificulta o impide orinar. En la intervención se extrae sólo una

parte y no toda la próstata. Se requiere anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto. Después de la intervención llevará sonda y esta puede mantenerse incluso tras el alta hospitalaria.

Es normal que los primeros días presente dolor, generalmente moderado, en la zona de la herida quirúrgica.

Mientras sea portador de la sonda vesical, puede presentar espasmos vesicales (dolor intenso en bajo vientre de escasa duración) y que cederán espontáneamente o con medicación.

Una vez retirada la sonda, comenzará a orinar de forma natural. Inicialmente con pequeños trastornos como escozor, imperiosidad, etc., que suelen desaparecer a los pocos días.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejorarán sus dificultades para orinar, mejorarán las complicaciones de la obstrucción urinaria y se podrá retirar la sonda vesical si fuese portador de ella.

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 con probable esterilidad. Significa que el semen va a la vejiga, no al exterior.
- Infección urinaria secundaria a la manipulación de la vía urinaria.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas. Dependerá de su intensidad, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad de riesgo para su vida. Se puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.
- No conseguir mejorar sus problemas para orinar.
- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestesias) o disminución (hipoestesias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).
- No recuperar la capacidad de orinar sin sonda.
- Desarrollo de un estrechamiento de la uretra (estenosis uretral).
- Incontinencia urinaria de intensidad variable que puede ser permanente.
- Fístulas permanentes o temporales.

- Disfunción eréctil.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, posibles, aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

Casi todas estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.

OTROS MOTIVOS PARA 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 esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y 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 de la /del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con 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

=====

Rechazo 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