

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-57

Cirugía Incontinencia Urinaria

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Corregir quirúrgicamente la Incontinencia Urinaria (perdida espontánea de orina)

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA INCONTINENCIA URINARIA (En qué consiste)

El tratamiento quirúrgico consiste en el refuerzo de los músculos o estructuras que forman el suelo de la pelvis, con corrección del ángulo que forman la uretra y la vejiga, la inyección de sustancias a través de la uretra, colocación de material suspensorio sintético (mallas protésicas) o de un esfínter urinario artificial.

Estas intervenciones pueden hacerse por vía vaginal y abdominal de forma independiente o combinada. En mi caso se realizará preferentemente por vía _____

La intervención quirúrgica en los procesos de incontinencia de orina no garantiza la corrección completa de la misma de modo permanente, existiendo entre el 10 y el 50% de reaparición de algún grado de pérdida de orina, siendo menos frecuente cuando se emplean mallas protésicas (10-15%). En caso de fracasar la intervención, el estado de la incontinencia no empeora, salvo en casos excepcionales.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA INCONTINENCIA URINARIA

Las complicaciones específicas que puede originar la intervención propuesta son:

- Infección de orina.
- Retención temporal de orina.
- Necesidad de sondaje vesical permanente de larga duración.
- Infección en la zona de la herida quirúrgica.
- Hematoma en la zona de la herida quirúrgica.
- Rechazo a las suturas o prótesis empleadas en la intervención.
- Lesiones de vejiga, uretra y uréter.
- Flebitis y tromboflebitis.
- Embolia pulmonar.
- Fístulas y quemaduras.

Riesgo de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamiento médico y/o gimnasia perineal, que al igual que la intervención quirúrgica, no garantizan la corrección de la incontinencia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-57

Cirugía Incontinencia Urinaria

Rev.04

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Incontinencia Urinaria.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Incontinencia Urinaria.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Incontinencia Urinaria** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)