

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-120

Resección Transuretral Prostática (RTU)

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

Resección del adenoma de próstata.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA (RTU) (En qué consiste)

Se trata de un procedimiento terapéutico que no necesita incisiones, en el cuál el colocará dentro de mi uretra un aparato destinado a identificar, resecar y extraer el tejido prostático obstructivo, conservando la cápsula prostática. Tras la operación no existe eliminación de semen durante las relaciones sexuales.

Con esta cirugía no se elimina el riesgo de presentar cáncer prostático ya que la cápsula de la próstata se mantiene. Durante el post-operatorio permanecerá algunos días con una sonda vesical.

RIESGOS POTENCIALES DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA (RTU)

- Obstrucción de sonda vesical por coágulos o fragmentos prostáticos
- Que requieran lavado de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo.
- Dificultad para controlar la micción (generalmente transitoria) con urgencia miccional, aumentando de la frecuencia y ardor para orinar, que puede durar días o semanas.
- Infección urinaria después del procedimiento.
- Posibilidad de embolia pulmonar (coágulos de sangre oriundos de las venas de extremidades inferiores).
- Estrechamientos de la uretra requiriendo dilataciones o futuros procedimientos.
- Posibilidad de necesitar repetir el tratamiento a futuro.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso, la mejor opción es la cirugía

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Resección Transuretral Prostática (RTU)

FL-CDM-120

Rev.04

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 **Resección Transuretral Prostática (RTU)**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Resección Transuretral Prostática (RTU)**

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 **Resección Transuretral Prostática (RTU)** 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)