

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-142

Resección Transuretral de Vejiga

Rev.02

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

El objetivo fundamental de este procedimiento es tratar tumores de vejiga aunque también puede ser un medio para evaluar lesiones sospechosas de la vejiga.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGIA DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA (En qué consiste)

Consiste en la extirpación de pequeños fragmentos de tejido vesical mediante un equipo que se introduce por la uretra.

Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lava dos de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGIA DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA

Las complicaciones específicas de esta operación son:

- No conseguir el cese de la hematuria (sangre en la orina)
- No poder eliminar la totalidad de la masa tumoral.
- Desarrollo de estrechamiento uretral que requiera otros procedimientos posteriores.
- Incontinencia urinaria en cualquier grado.
- Absorción de líquidos usados en la irrigación por el sistema vascular.
- Tromboembolismos venosos (formación de coágulos en las venas)

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas son la cirugía abierta, radioterapia y quimioterapia, pero en su caso la mejor alternativa es la resección transuretral de vejiga.

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

FL-CDM-142

Resección Transuretral de Vejiga

Rev.02

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 Resección Transuretral de Vejiga**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Resección Transuretral de Vejiga**.

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 Resección Transuretral de Vejiga** 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)