

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía Incontinencia Urinaria

FL-CDM-57

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Corregir quirúrgicamente la Incontinencia Urinaria (perdida espontánea de orina)

### EN QUE CONSISTE LA CIRUGÍA INCONTINENCIA URINARIA

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 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.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### 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 facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO <b>Cirugía Incontinencia Urinaria</b>	FL-CDM-57
		Rev. 03

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 nombre.

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 una **CIRUGÍA INCONTINENCIA URINARIA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA INCONTINENCIA URINARIA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCAION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_