

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Cistectomía Parcial

FL-CDM-110

Rev. 02

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

Mediante este procedimiento se pretende eliminar la parte enferma de la vejiga y la desaparición de los síntomas derivados de la vejiga enferma.

### EN QUE CONSISTE LA CISTECTOMIA PARCIAL

Mediante esta técnica quirúrgica se procede a la extirpación parcial de la vejiga, a través de una incisión abdominal. El médico me ha explicado que la técnica puede requerir, en ocasiones, realizar una reimplantación ureteral y puede acompañarse de una linfadenectomía pélvica uni o bilateral

El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

### CUALES SON LOS RIESGOS DE CISTECTOMIA PARCIAL

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como:

- No conseguir la extirpación del tumor de la vejiga y tener que recurrir a una cistectomía radical o a abstenerse de actuación quirúrgica o que persista la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas como consecuencia directa o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- Fístulas urinarias dependientes de la cistotomía o de la reimplantación ureteral, si se realiza, que pueden requerir una manipulación endoscópica, endourológica o nueva intervención.
- Parálisis intestinal de mayor o menor duración y las propias de la apertura peritoneal si se requiere.
- Peritonitis, infección de la cavidad intestinal, con resultados imprevisibles, problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura, apertura e incluso eventración, salida de asas intestinales, que pueden necesitar una nueva intervención.

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

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

### RIESGOS PERSONALIZADOS


---

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que también sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, y que en mi situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía parcial

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cistectomía Parcial	FL-CDM-110
		Rev. 02

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.

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 **CISTECTOMIA PARCIAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CISTECTOMIA PARCIAL**

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 **CISTECTOMIA PARCIAL** 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 \_\_\_\_\_

## REVOCAACION

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 \_\_\_\_\_