

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-111

### Cistectomía Radical

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

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

#### EN QUE CONSISTE LA CISTECTOMIA RADICAL

Mediante esta técnica se extirpa la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y en el caso de la mujer la matriz. El médico me ha explicado que esto es así porque la intervención suele realizarse para tratar un tumor maligno, y habitualmente con intención curativa.

El médico me ha advertido que una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre, o bien derivar la orina a piel en cuyo caso llevaré un colector para recoger la orina, o me tendré que sondar, o bien derivar la orina a recto, orinando por éste, o bien reconstruir una vejiga con intestino, pudiendo entonces realizar la micción de forma natural a través de la uretra. Estas dos últimas opciones no siempre es posible realizarlas, dependiendo de las características del tumor y de mis condiciones anatómicas.

Sé que el postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se me irán retirando la alimentación por sueros y las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.

#### CUALES SON LOS RIESGOS DE LA CISTECTOMIA RADICAL

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 de la vejiga o que persista la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente).
- Obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención con resultados imprevisibles.
- Peritonitis, infección de la cavidad intestinal, con resultados imprevisibles, fístulas intestinales que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica,
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección en sus diversos grados de gravedad, dehiscencia de sutura, apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.
- Lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele con posibilidad de sobreinfección y disfunción eréctil que puede ser definitiva y precisar posterior tratamiento.

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, pero que en mi situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Cistectomía Radical	FL-CDM-111
		Rev. 03

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 RADICAL**

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

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 RADICAL**, 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 \_\_\_\_\_ -