

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Resección Transuretral Prostática (RTU)

FL-CDM-120

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

Resección del adenoma de próstata

### EN QUE CONSISTE LA RESECCION TRANSURETRAL PROSTATICA (RTU)

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 DE LA RESECCION TRANSURETRAL PROSTATICA (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

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### 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 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



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Resección Transuretral Prostática (RTU)

FL-CDM-120

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 mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que 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 **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, 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 **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 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** \_\_\_\_\_