

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA

FL-CDM-142

Rev.01

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

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

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA

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 lavados de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA RESECCION 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)

RIESGOS PERSONALIZADOS


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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA	FL-CDM-142
		Rev.01

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento 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 **Resección Transuretral de Vejiga**
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **Resección Transuretral de Vejiga**
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 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 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 _____