

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una intervenció per a eliminar, amb intenció curativa o pal·liativa, la part malalta de la bufeta. Sol realitzar-se per a tractar un tumor maligne.
- 2. Com es realitza?:** Mitjançant un procediment quirúrgic s'elimina part de la bufeta. Requereix anestèsia general i una profilaxi antibiòtica pre i intraoperatòria. És possible que durant o després de la intervenció siga necessària la utilització de sang o hemoderivats. Aquesta tècnica pot requerir, a vegades, realitzar una reimplantació ureteral i pot acompanyar-se d'un buidatge ganglionar pelvià unilateral o bilateral. El postoperatori normal pot ser prolongat i requerir ingrés en sala de reanimació. En casos seleccionats és possible realitzar la tècnica per laparoscòpia.
- 3. Quins són els riscos?:** Malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:
 - **Freqüents (més del 10%):** 1. Ili paralític 2. Infecció urinària. 3. Hematúria.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** 1. Hemorràgia intra o postoperatòria. 2. Tromboembolisme venós o pulmonar. 3. Infecció o dehiscència de ferida. 5. Eventració. 6. Fistula urinària. 8. Infecció generalitzada (sèpsia). 9. Alteracions de la sensibilitat de la zona, i/o molèsties doloroses (neuràlgies). 11. Lesions en òrgans veïns (còlon, recte, nervis, lesió vascular). 12. Incontinència urinària. 13. No aconseguir l'extirpació parcial de la bufeta i requerir una extirpació completa d'aquesta. Les complicacions habitualment es resolen amb tractament conservador, però algunes requereixen una intervenció complexa, generalment d'urgència
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Millora o desaparició dels símptomes derivats de la patologia vesical (hematúria, dolor).
- 5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Progressió de la malaltia amb impossibilitat posterior de tractament curatiu.
- 6. Alternatives:** Radioteràpia. Quimioteràpia. Immunoteràpia. Resecció transuretral.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** La presa d'anticoagulants o antiagregants pot condicionar un major risc de sagnat. Operacions prèvies sobre l'abdomen, quimioteràpia o radioteràpia prèvies a la cirurgia poden incrementar el risc de complicacions.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que per raons personals renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____