

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es una intervención para eliminar, con intención curativa o paliativa, la parte enferma de la vejiga. Suele realizarse para tratar un tumor maligno.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Mediante un procedimiento quirúrgico se elimina parte de la vejiga. Requiere anestesia general y una profilaxis antibiótica pre e intraoperatoria. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o hemoderivados. Esta técnica puede requerir, en ocasiones, realizar una reimplantación ureteral y puede acompañarse de un vaciamiento ganglionar pélvico uni o bilateral. El postoperatorio normal puede ser prolongado y requerir ingreso en sala de reanimación. En casos seleccionados es posible realizar la técnica por laparoscopia.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** Comprendo que a pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
 - **Frecuentes (más del 10%):** 1. Íleo paralítico 2. Infección urinaria. 3. Hematuria.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** 1. Hemorragia intra o postoperatoria. 2. Tromboembolismo venoso o pulmonar. 3. Infección o dehiscencia de herida. 5. Eventración. 6. Fístula urinaria. 8. Infección generalizada (sepsis). 9. Alteraciones de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias). 11. Lesiones en órganos vecinos (colon, recto, nervios, lesión vascular). 12. Incontinencia urinaria. 13. No conseguir la extirpación parcial de la vejiga y requerir una extirpación completa de la misma. Las complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento conservador, pero algunas requieren una intervención compleja, generalmente de urgencia
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Mejoría o desaparición de los síntomas derivados de la patología vesical (hematuria, dolor).
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Progresión de la enfermedad con imposibilidad posterior de tratamiento curativo.
- 6. Alternativas:** Radioterapia. Quimioterapia. Inmunoterapia. Resección transuretral
- 7. Riesgos en función de su situación:** La toma de anticoagulantes o antiagregantes puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Operaciones previas sobre el abdomen, quimio o radioterapia previas a la cirugía, pueden incrementar el riesgo de complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____