

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És una intervenció que consisteix en l'extirpació de la bufeta. En l'home habitualment s'extrau alhora la pròstata i les vesícules seminals i en la dona l'úter. Sol realitzar-se per a tractar un tumor maligne amb intenció curativa.
2. **Com es realitza?:** Mitjançant una intervenció quirúrgica, s'extrau la bufeta. El procediment requereix anestèsia general i una profilaxi antibiòtica preoperatòria i intraoperatòria. És possible que durant o després de la intervenció siga necessària la utilització de sang o hemoderivats. El postoperatori normal pot ser prolongat i requerir ingrés en sala de reanimació. En casos molt seleccionats es pot efectuar mitjançant laparoscòpia.

Una vegada extreta la bufeta el/la cirurgià/ana optarà, en funció de les característiques del tumor, entre:

1. Derivar l'orina a pell, i en aquest cas portarà una bossa col·lectora per a recollir l'orina.
2. Reconstruir una bufeta amb intestí (neobufeta), per a poder realitzar la micció de manera natural a través de la uretra.
3. Derivar l'orina al recte, orinant a través de l'anus.

3. **Quins són els riscos?:** Comprenc que 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. Disfunció erèctil i ejaculatòria. 4. Incontinència urinària (en cas de neobufeta).
- **Infreqüents (menys de 10%):** 1. Hemorràgia intra o postoperatòria greu. 2. Tromboembolisme venós i/o pulmonar. 3. Oclusió intestinal. 4. Infecció o dehiscència de ferida. 5. Eventració. 6. Evisceració. 7. Fístules urinàries o intestinals. 8. Augment (hiperestèsia) o disminució (hipoestèsia) de la sensibilitat de la zona o molèsties doloroses (neuràlgies). 9. Infecció generalitzada (sèpsia). 10. Estenosi de la unió ureterointestinal o vesicouretral (neobufeta). 11. Lesions en òrgans veïns (còlon, recte, nervis, lesió vascular). 12. Complicacions de l'estoma (estenosi, infecció, irritació cutània, hèrnia paraestomal). 13. No aconseguir l'extirpació de la bufeta.

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.
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, quimio o radioteràpia prèvies a la cirurgia, poden incrementar el risc de complicacions.

Recorde que ha d'informar el seu metge/essa 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: _____