

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una intervención que consiste en la extirpación de la vejiga . En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en la mujer el útero. Suele realizarse para tratar un tumor maligno con intención curativa.

2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante una intervención quirúrgica , se extrae la vejiga . El procedimiento 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. El postoperatorio normal puede ser prolongado y requerir ingreso en sala de reanimación. En casos muy seleccionados se puede efectuar mediante laparoscopia.

Una vez extraída la vejiga el cirujano optará, en función de las características del tumor, entre:

1. Derivar la orina a piel, en cuyo caso llevará una bolsa colectora para recoger la orina.
2. Reconstruir una vejiga con intestino (neovejiga), pudiendo realizar la micción de forma natural a través de la uretra.
3. Derivar la orina a recto, orinando a través del ano.

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. Disfunción eréctil y eyaculatoria. 4. Incontinencia urinaria (en caso de neovejiga).
- **Infrecuentes (menos de 10%):** 1. Hemorragia intra o postoperatoria grave. 2. Tromboembolismo venoso y/o pulmonar. 3. Oclusión intestinal. 4. Infección o Dehiscencia de herida. 5. Eventración. 6. Evisceración. 7. Fistula urinarias o intestinales. 8. Aumento (hiperestesia) o disminución (hipoestesia) de la sensibilidad de la zona o molestias dolorosas (neuralgias). 9. Infección generalizada (sepsis). 10. Estenosis de la unión urétero-intestinal o vésico-uretral (neovejiga). 11. Lesiones en órganos vecinos (colon, recto, nervios, lesión vascular). 12. Complicaciones del estoma (estenosis, infección, irritación cutánea, hernia paraestomal). 13. No conseguir la extirpación de la vejiga.

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.

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 a su médico/a 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: _____