

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És un procediment per a eliminar els ganglis o teixit limfàtic afectats en la zona retroperitoneal (limfadenectomia retroperitoneal) o la massa tumoral residual després de la quimioteràpia. Té utilitat diagnòstica i de tractament curatiu de la malaltia tumoral o per a complementar altres tractaments com la quimioteràpia.

2. Com es realitza?: Requereix anestèsia general i una profilaxi antibiòtica. Es realitza a través d'una incisió abdominal o toracoabdominal, i necessita la mobilització de diferents òrgans (intestí, estómac, fetge i pàncrees, renyons, urèters) per a poder arribar als ganglis afectats o a la massa tumoral. A vegades pot realitzar-se per via laparoscòpica. El postoperatori normal pot ser prolongat i requerir ingrés en reanimació.

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.** Disfunció erèctil i ejaculatòria. **4.** Augment (hiperestèsia) o disminució (hipoestèsia) de la sensibilitat de la zona, o dolor (neuràlgies)
- **Infreqüents (menys de 10%):** **1.** Hemorràgia intraoperatòria o postoperatòria greu. **2.** Tromboembolisme venós o pulmonar. **3.** Oclusió intestinal. **4.** Infecció o dehiscència de ferida. **5.** Eventració (hèrnia). **6.** Evisceració. **7.** Fístules urinàries o intestinals. **8.** Pèrdua de líquid limfàtic (limforrea) de duració imprevisible. **9.** Edemes en una o ambdues cames i en escrot. **10.** Infecció generalitzada (sèpsia). **11.** No aconseguir l'extirpació de la massa retroperitoneal o aconseguir-ho solament de manera parcial. **12.** Pèrdua d'un renyó de manera parcial o total, o d'un segment intestinal, de la melsa o part del fetge o pàncrees. **13.** Lesions de l'aorta, de la cava, o de vasos ilíacs de gravetat variable.

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 presència de masses retroperitoneals o pelvianes. Disminució de les possibilitats de disseminació del tumor (menys possibilitats que el tumor s'estenga a altres parts).

5. Conseqüències previsibles de la no realització: Progressió de la malaltia amb impossibilitat posterior de tractament curatiu.

6. Alternatives: Radioteràpia. Quimioteràpia.

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 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: _____