

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es la eliminación mediante corte y coagulación del mayor volumen prostático para mejorar la calidad de la micción.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza, bajo anestesia general o raquianestesia, mediante la introducción por la uretra hasta la vejiga de un dispositivo, dotado de una cámara de televisión, que permite el corte y coagulación del cuello vesical estrecho o de la próstata que dificultan o impiden la micción normal. Tras la cirugía es necesaria la colocación de una sonda vesical durante un periodo de tiempo variable en función del grado de la resección y la consecuente hemorragia posterior.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado postoperatorio, molestias uretrales o vesicales.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** Que no se pueda realizar la resección (**extirpación**) por problemas técnicos o que esta sea incompleta. **Sangrado** importante durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre y la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales. **Perforación de la vejiga, imposibilidad de orinar o micción dificultosa** que precise de sondaje permanente o intermitente. **Dolor en el pubis; hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría. **Lesión de los nervios adyacentes. Estrechamiento uretral** que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores; **incontinencia urinaria** temporal o mantenida; **perforación de vísceras adyacentes** como intestino o vasos sanguíneos y que necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen) o en una punción-drenaje, de consecuencias imprevisibles. **Síndrome de Reabsorción Líquida**, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo –dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (amaurosis transitoria, hipotensión...) a gravedad máxima, donde no se puede descartar la posibilidad de muerte; **fiebre** por infección de la orina o de la sangre; **tromboembolismos** venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación de los síntomas y la caracterización del tumor para conocer su gravedad.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** El mantenimiento de los síntomas.
6. **Alternativas:** Aunque existen otras técnicas como el Laser, enucleación endoscópica o abierta, sección del cuello vesical, etc. en su caso se ha considerado que la RTU (resección transuretral) de próstata es la mejor opción.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Es absolutamente necesario que nos informe 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	CATEGORÍA 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: _____