

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA POR VÍA ABDOMINAL

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende eliminar el adenoma prostático, que es un aumento de volumen de la próstata de tipo benigno, que se envía a biopsia.
- evitar complicaciones como evacuación incompleta de la vejiga, incluso imposibilidad de orinar (retención), infección o hemorragia urinaria, deterioro de los riñones.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se a través de una incisión en la parte del abdomen.
- Cabe la posibilidad que durante la adenomectomía prostática haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Tratamientos médicos 2. Resección endoscópica de la próstata 3. Incisión cérvico-prostática.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser de riesgos poco graves y frecuentes, como: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica. 2. intolerancia a la sonda vesical. 3. la cicatrización es de tres meses aproximadamente durante la cual puede haber ardor al orinar, tenesmo y fuga de orina. 4. Hemorragia moderada que requiera lavado con jeringa por sonda. 5. Infección urinaria y/o epididimitis. 6. estrechamiento meato uretral, uretra o cuello vesical. 7. incontinencia menor.
- Riesgos poco frecuentes y graves, como: 1. Hemorragia importante que puede llegar a ser necesario rehospitalizar para lavado con anestesia general y/o transfusiones y/o reoperación secundaria. 2. salida de orina por cicatriz 3. infección del hueso del pubis. 4. heridas de órganos vecinos (uréter, vejiga, intestino, vasos pélvicos). 5. Incontinencia. 6. Impotencia eréctil (dependiendo de la edad y estado preoperatorio).
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha