

CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSTOMIA SUPRAPUBLICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Es un procedimiento que consiste en derivar la orina contenida en la vejiga hacia el exterior cuando la cateterización uretral no es posible o deseable. La forma mas sencilla es realizarla por vía percutánea, aplicándose sólo cirugía abierta cuando no es posible realizarla. La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

La finalidad de este procedimiento es evitar la retención de orina.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Intentar colocar un catéter por vía endouretral por medio de endoscopia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las ya descritas en los puntos 1 y 2.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

En su situación actual, el médico considera este procedimiento como la mejor opción. Usted es en último término, libre de aceptarla o no. En caso de no aceptar debe saber que existe una elevada probabilidad de progresión y empeoramiento de los síntomas. Las complicaciones futuras son imprevisibles.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables, que no son muy frecuentes.

- Imposibilidad de realizar la punción
- Perforación de un asa intestinal con la consecuente peritonitis
- Hemorragia durante el procedimiento o en el postoperatorio. Las consecuencias de esta hemorragia son muy diversas. Desde gravedad mínima hasta posibilidad de muerte.
- Problemas derivados de la herida quirúrgica:
 - Infección
 - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar otra intervención.
 - Fístulas temporales o permanentes
 - Procesos cicatrizantes anormales
 - Neuralgias, trastornos de la sensibilidad local.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CISTOSTOMÍA SUPRAPUBICA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CISTOSTOMÍA SUPRAPUBICA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO