

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROSTATECTOMIA ABIERTA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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	El Adenoma es un tumor benigno que crece en la próstata y obstruye el cuello de la vejiga impidiendo la micción. Con la intervención se extrae el tumor y no toda la próstata. Se realiza habitualmente por medio de una incisión en el abdomen por encima del pubis.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Se pretende mejorar la calidad miccional y evitar el uso de sonda vesical permanente (si fuese portador de ella).
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Las alternativas son la colocación de una sonda vesical permanente, la resección uretral, el tratamiento médico, la implantación de una prótesis y el tratamiento con laser, pero en su caso no están indicados.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Luego de la cirugía usted permanecerá internado con sueros 1 a 2 días, siendo el postoperatorio normal de una semana. Durante unos días llevará una sonda vesical y una vez retirada esta, podrá iniciar una micción normal, con pequeños trastornos como escozor, imperiosidad, que desaparecerán en unos días.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Continuar con los síntomas ya presentes y empeoramiento de los mismos. Avance de la enfermedad de base.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none">- No conseguir mejora de la calidad miccional- No poder retirar la sonda permanente si ya es portador de la misma.- Desarrollo de una estenosis uretral- Incontinencia urinaria- Infección de herida quirúrgica- Dehiscencia de sutura (apertura de la misma)
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <ul style="list-style-type: none">- Complicaciones de herida quirúrgica: eventración de asas intestinales- Fístulas permanentes o temporales- Procesos cicatrizales anormales- Intolerancia a los materiales de sutura- Eyaculación retrógrada con esterilidad- Hemorragias digestivas- Trombosis venosa profunda y Tromboembolismo pulmonar
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 PROSTATECTOMIA ABIERTA

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 **PROSTATECTOMIA ABIERTA**

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 **PROSTATECTOMIA ABIERTA**

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