

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA ABIERTA

D/D^a como paciente (o representante del paciente D/D^a), de años de edad, con domicilio en D.N.I. ^o

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA ABIERTA, por padecer

I. Esta intervención consiste en *extirpar el adenoma de próstata ya que dificulta o impide la micción. En la intervención se extrae el "adenoma" y no toda la próstata.*

Se realiza bajo anestesia general, o locorregional a través de una incisión en el abdomen inferior. Durante la intervención se pierde con frecuencia sangre que es necesario transfundir. Se deja una sonda vesical y un tubo de drenaje que serán retirados en el postoperatorio.

Esta intervención es de riesgo moderado, que aumenta con la edad avanzada, los problemas respiratorios, cardíacos, etc. En estos casos la mortalidad puede estar incrementada hasta un 5%. Después de la intervención suele pasar al Servicio de Reanimación, permaneciendo en este 6 a 24 horas por término medio. Estará con sueros durante 1 a 2 días.

El postoperatorio normal es de una semana. A la retirada de la sonda vesical comenzará a orinar de forma natural. Inicialmente con algunos trastornos (escozor, imperiosidad, pérdida de orina, etc) que suelen desaparecer en pocos días.

II. DE DICHA INTERVENCION SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A. Mejora de la calidad miccional.
- B. Supresión de la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.

III. DE DICHA INTERVENCION ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A. No conseguir mejora de la calidad miccional.
- B. No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
- C. Desarrollo de una *estenosis uretral* que requerirá tratamientos poste
- D. riores.

Incontinencia urinaria que puede ser: 1) parcial y temporal 2),parcial y permanente, 3) total y temporal, 4) total y permanente

- E. Hemorragia incoercible, tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas aunque raramente ocasiona el fallecimiento como consecuencia directa o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- F. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: 1) infección con diferente gravedad, 2) dehiscencia de sutura (apertura) e incluso eventración (salida de asas intestinales) que pueden necesitar una nueva intervención, 3) fístulas permanente o temporales, 4) defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales, 5) intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.

G. Eyaculación retrógrada con probable esterilidad.

H. Excepcionalmente impotencia.

IV. ALTERNATIVAS

Resección transuretral. Tratamiento médico. Sonda. Láser verde KTV.

V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi **CONSENTIMIENTO**, al tratamiento de **ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA ABIERTA**

En Valencia de de 2.00 .

Firma paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma Testigo
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº



Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
 en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)
 apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
 en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)
 apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)