

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOVAPORIZACION DE LA PROSTATA POR LASER

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

### 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 FOTOVAPORIZACION PROSTATICA CON LASER KTP (VERDE) , por padecer .....

### I.- FOTOVAPORACION PROSTATICA CON LASER

- La fotovaporación prostática es una intervención que consiste en la extirpación del tejido, que por su crecimiento obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción. Esta intervención se practica en casos de crecimiento benigno de la próstata (adenoma). Se realiza habitualmente bajo anestesia regional, aunque puede requerirse anestesia general, y consiste en la introducción por uretra de un instrumento con el cual se vaporiza el tejido.
- Debido a que usted ha decidido que la intervención se realice con el láser KTP esta se practicará a través del conducto de la orina, la uretra (por vía endoscópica).

### 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 provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores.
- D. Incontinencia urinaria que puede ser:
  1. Total y permanente
  2. Parcial y permanente
  3. Total y temporal
  4. Parcial y temporal
- E. Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico:
  1. Recto
  2. Intestino
  3. Vejiga

De suceder esta complicación se 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, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.

F. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.

G. 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 (insuficiencia renal que requiera diálisis,...), donde no se puede descartar la posibilidad de muerte.

H. Eyaculación retrógrada con probable esterilidad.

I. Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares. Su gravedad depende de la intensidad del proceso.

J..Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad.

I. Esta cirugía no elimina el riesgo de desarrollo futuro de un cáncer en el tejido que no se extirpa

### IV. OPCIONES

1.- Resección transuretral del adenoma prostático, 2.- Adenomectomía prostática abierta, 3.- Tratamiento médico, 4.- Sonda vesical permanente.

Por ello, cumplidos que han sido los anteriores extremos, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de una FOTOVAPORIZACION PROSTATICA CON LASER KTP (VERDE)



En Valencia ..... de ..... de 20 .

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

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: ..... Fdo: ..... Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (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.º .....

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  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: ..... Fdo: ..... Fdo: .....  
(Nombre y dos 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  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: ..... Fdo: ..... Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)