

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA LITIASIS VESICAL

Nº Historia:

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a CIRUGÍA DE LA LITIASIS VESICAL.

1.- Mediante este procedimiento se pretende eliminar los cálculos vesicales, mejorar los síntomas y prevenir las complicaciones producidas por los cálculos o patologías asociadas.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se extraen los cálculos por cirugía abierta o endoscópica (cistolitotomía o litroticia vesical endoscópica) dependiendo del tamaño del cálculo o cálculos y de la causa etiológica, generalmente patologías que obstruyen el cuello vesical o la uretra (adenoma de próstata, estenosis, etc.).

Al finalizar la intervención se coloca una sonda uretral y/o drenaje hipogástrico que se retirará posteriormente.

4.- 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, como no conseguir la extracción de todos los cálculos, para lo que serían precisos tratamientos suplementarios, recidiva de los cálculos, desarrollo de estenosis del cuello vesical o de la uretra, infección de la herida y/o aparición de fístula urinaria, rotura de instrumentos quedando restos dentro de la vía urinaria que requerirán otras intervenciones para su extracción, hematuria de intensidad variable que puede requerir transfusión, tromboembolismo venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....
.....
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....
.....
.....

- 6.- El médico me ha explicado que la única alternativa, aunque excepcional, es el tratamiento con ondas de choque, aunque en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la CIRUGÍA DE LA LITIASIS VESICAL

En, a

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado