

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ENDOVESICAL

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 TRATAMIENTO ENDOVESICAL.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende que no recidive el tumor primitivo, o que, en caso de recidiva aumente el tiempo libre de la enfermedad y no progrese el tumor de grado y por tanto que no se haga más maligno.

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

- 2.- El médico me ha explicado que para disminuir las posibilidades de riesgo de recidiva del tumor vesical superficial que me ha sido tratado mediante resección y estudiado anatomopatológicamente (y que estadísticamente tiene entre un 40 a un 70% de posibilidades de recidivar en otros tumores iguales y de un 7 a un 20% de hacerse infiltrante, o sea, de aumentar de grado requiriendo un tratamiento más radical, incrementándose el riesgo cuando el tumor está asociado al hallazgo en biopsias aleatorias de carcinoma *in situ*) es necesario administrar periódicamente, a través de un sondaje uretral hasta la vejiga una sustancia que puede ser quimioterápica-tiotepa, adriamicina (doxorubicina) cisplatino, mitomicina C, epirubicina, etc., o inmunoterápica –bacilo de Calmette-Guerin (BCG)–, etc.

- 3.- 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 sintomatología miccional: aumento de la frecuencia miccional o poliuria, escozor, dolor vesical o uretral, dolor al realizar un coito o coitalgia e incluso algún episodio de hematuria; lesiones cicatriciales a nivel de la uretra o de la vejiga bien debido al producto administrado o bien a infecciones uretrales o vesicales por los sondajes como estenosis de uretra, abscesos uretrales, vejiga pequeña e incluso perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos; complicaciones infectivas generales debidas a infección uretral prostática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de otros órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.); complicaciones alérgicas debidas al producto administrado que pueden llegar a la anafilaxia y shock, disminución de las defensas del organismo produciéndose una disminución de los leucocitos y/o anemia; y diseminación tuberculosa debido a la administración del BCG.

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

- 4.- 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.....  
.....  
.....

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.

5.- El médico me ha explicado que la única alternativa consistiría en no administrar ningún tratamiento y dejar el tumor a su evolución natural.

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 TRATAMIENTO ENDOVESICAL.

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