

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REIMPLANTE URETERAL (URETERONEOCISTOSTOMIA)

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 una URETERONEOCISTOSTOMIA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende la liberación y reparación del tramo ureteral afectado y la posterior unión del uréter a la vejiga, resolviendo así el problema de la obstrucción.

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 procede a la liberación y reparación del tramo del uréter obstruido, a través de técnica quirúrgica abierta, cuando no se consigue este efecto mediante otros métodos menos invasivos.

Sé que la intervención consiste en la localización del tramo ureteral afectado, repararlo y volver a unir el uréter a la vejiga para re-establecer el paso de la orina, y se realiza con anestesia general o regional.

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 imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas (hemorragia, problemas anestésicos, etc); complicaciones del procedimiento que pueden hacer necesario finalizar la intervención con la extirpación del riñón, o incluso, para evitar esto, con una derivación cutánea de la orina; hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc; lesión de grandes vasos, con gran riesgo vital, que requerirá transfusiones y procedimientos, de cirugía vascular de trascendencia impredecible; lesiones de órganos vecinos; fibrosis reactivas y reestenosis a largo plazo; salida de orina por la herida o el drenaje que puede requerir el uso de catéter interno o externo; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura de la herida– que puede requerir una intervención secundaria, eventración intestinal –salida del paquete intestinal a través de la herida– que puede requerir una intervención secundaria, fístulas supurativas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y 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 otras alternativas son la cirugía endoscópica y la nefrectomía, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la ureteroneocistostomía o reimplante ureteral.

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 URETERONEOCISTOSTOMIA.

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