



Consentimiento Informado para
Cirugía de Prostatectomía Radical
Retropúbica con Linfadenectomía
Ilio-Obturatriz

Consentimiento Informado para Cirugía de Prostatectomía Radical Retropúbica con Linfadenectomía Ilio-Obturatriz

Consentimiento Informado para Cirugía de Prostatectomía Radical Retropúbica con Linfadenectomía Ilio-Obturatriz

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr.
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:
PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBLICA CON LINFADENECTOMÍA ILIO-OBTURATRIZ

INFORMACIÓN

Como consecuencia de esta operación deberé permanecer con una sonda vesical por un mínimo de tres días y no tendré más eyaculaciones.

Los posibles riesgos asociados a este procedimiento me fueron aclarados y son los siguientes:

- Posibilidad de no realización de la operación, en caso que los ganglios linfáticos obtenidos muestren presencia significativa de diseminación tumoral.
- Incapacidad de obtener o mantener la erección peneana (impotencia sexual).
- Incontinencia urinaria (perdidas de orina en diversas situaciones).
- Estrechamientos de vejiga y/o uretra, requiriendo dilataciones o futuros procedimientos.
- Posibilidad de daño a la pared del recto (pudiendo raramente requerir colostomía temporal).
- No hay garantía absoluta de cura del cáncer, pudiendo haber necesidad de realizar un futuro tratamiento.
- Posibilidad de infección en la incisión quirúrgica, requiriendo futuro tratamiento. Posibilidad de tromboembolismo pulmonar (coágulos de sangre que se originan en las venas de las piernas).
- Formación de una colección de líquido dentro del abdomen (linfocele), que puede requerir tratamiento.

El médico referido me explicó que las terapias alternativas para mi caso podrían ser:

Radioterapia externa, implante de material radioactivo (braquiterapia), resección quirúrgica de los testículos o inhibición con medicamentos de la producción o de la acción de hormona masculina, observación sin realizar ningún tratamiento inmediato; o realizar el procedimiento quirúrgico por vía perineal o laparoscópica.

Decidimos conjuntamente, yo y mi médico, que la Prostatectomía radical retropúbica es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.

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

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA CON LINFADENECTOMÍA ILIO-OBTURATRIZ

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr:

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).