

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO ENDOVESICAL ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este tratamiento se utiliza para disminuir las posibilidades de riesgo de recidiva del tumor vesical superficial, que previamente ha sido tratado mediante resección y estudiado anatomopatológicamente.

Estadísticamente las posibilidades de recidivar en otros tumores iguales es de un 40 a un 70 % y de un 7 a un 20 % de hacerse infiltrante, esto es de aumentar de grado requiriendo un tratamiento más radical.

El riesgo se incrementa cuando el tumor está asociado al hallazgo en biopsias aleatorias de carcinoma *in situ*).

Es necesario administrar periódicamente, a través de un sondaje ureteral hasta la vejiga una sustancia que puede ser quimioterápica (tiotepa, adriamicina (doxorubicina) cisplatino, mitomicina C, epirubicina, etc), o inmunoterapéutica – bacilo de Calmette-Guerin (BCG) , etc.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en la reducción de las posibilidades de recidiva tumoral.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No administrar ningún tratamiento y dejar el tumor a su evolución natural.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Pretender que no recidive el tumor primitivo.
2. En caso de que exista recidiva, se pretende aumentar el tiempo libre de la enfermedad para que no progrese el tumor de grado y por tanto que no se haga mas maligno.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

1. Los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
2. Los específicos del procedimiento tales como la sintomatología miccional:
 - Aumento de la frecuencia miccional o poliuriuria.
 - Escozor.
 - Dolor vesical o uretral.
 - Dolor al realizar un coito o coitalgia.
 - Hematuria.
3. 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.

C. INFORMADO DE TRATAMIENTO ENDOVESICAL

- Vejiga pequeña.
 - Perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos.
4. Complicaciones de la infección uretral estática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de los órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.).
5. Complicaciones alérgicas debidas al producto administrado:
- Anafilaxia y shock.
6. Disminución de las defensas del organismo produciéndose una reducción de los leucocitos y/o anemia.
7. Diseminación tuberculosa debido a la administración del BCG (prevención de la Tuberculosis).
8. Reintervención de urgencia.
9. Riesgo de muerte.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA