

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTILACIÓN VESICAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en administrar, cada cierto tiempo, una sustancia (quimioterapia, inmunoterapia, etc.), a través de una sonda uretral hasta la vejiga. Después de cada instilación, no se debe orinar al menos una hora y media o dos y tiene que estar acostado en diferentes posturas con el fin de que la medicación administrada entre en contacto con todas las partes de la vejiga. Después de ese tiempo, se tiene que orinar en un recipiente con lejía y esperar un poco antes de vaciarlo en el inodoro. Este procedimiento se hace normalmente una vez a la semana durante seis semanas y después continuará, según la evolución y la tolerancia.

Con esta técnica se pretende que no recidive el tumor (reaparición del tumor tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad) o que, en caso de recidiva aumente el tiempo libre de la enfermedad y no progrese a un mayor grado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Aumento de la frecuencia al orinar.
- escozor al orinar.
- Dolor vesical o uretral.
- Dolor al realizar el coito.
- Hematuria (sangre en orina).
- Fiebre, en general no muy alta (menor de 38°C).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Reacción alérgica a las sustancias administradas.
- Disminución de las defensas del organismo (disminución de los leucocitos y/o anemia).
- En caso de administración de BCG (Bacilo de Calmette y Guérin), diseminación (movimiento de un órgano o tejido a otro) tuberculosa.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Otros riesgos:

- Cicatrices en la uretra o la vejiga por la sustancia administrada.
- Infecciones por los sondajes.
- Estenosis (estrechamiento) de uretra.
- Abscesos.
- Microvejiga (vejiga pequeña).
- Perforación de la uretra o de la vejiga.
- Infección de la uretra prostática, del riñón o general.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
 Servicio de Urología

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Tuberculosis activa en caso de utilizar BCG (Bacilo de Calmette y Guérin).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “INSTILACIÓN VESICAL”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: