

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT RESECCIÓ TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient en la meua situació sotmetre'm a una resecció transuretral de tumor vesical.

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La resecció transuretral consisteix en l'extirpació en petits fragments de teixit vesical mitjançant un aparell que introduïm per la uretra, anomenat resector. La indicació fonamental és el tractament dels tumors de la bufeta encara que també pot utilitzar-se com un procediment diagnòstic per avaluar lesions sospitoses a la bufeta o realitzar un control biòptic després del tractament dels tumors vesicals. La resecció transuretral de la bufeta pot ser un tractament quirúrgic únic i suficient en el cas de tumors superficials de la bufeta (amb poca infiltració de la paret vesical). En cas de tumors infiltrants, el tractament ha de completar-se amb altres tipus de cirurgia major (cistectomia), quimioteràpia o radioteràpia. Aquesta intervenció es fa habitualment amb anestèsia regional o raquídia. Acabada l'operació, es col·loca una sonda vesical per la qual es fan rentats de la bufeta amb sèrum fins que millora la sagnia. Els postoperatori normal és de 3-7 dies després del qual es retira la sonda vesical. Els primers dies és normal si es nota una coïssor, o se sagna en les primeres miccions, símptomes que aniran desapareixent.

### BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

- Cessament de l'hematúria (sagnat per l'orina).
- Eliminació o disminució de la massa tumoral.
- Control biòptic.

## **RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS ( POSSIBLES PERÒ NO FREQUENTS)**

- No aconseguir el cessament de l'hematúria.
- No poder eliminar la totalitat de la massa tumoral.
- Desenvolupament d'una estenosi uretral que provoqui una nova malaltia que requerirà tractaments posteriors.
- Perforació de la víscera buida durant l'acte quirúrgic: recte, intestí, bufeta (molt poc freqüent).
- Si succeeix aquesta complicació, es necessitarà urgentment una altra intervenció diferent que consistirà en una laparotomia (obertura de l'abdomen) de conseqüències imprevisibles (amb la possibilitat de mort, encara que remota).
- Hemorràgia incoercible, tant durant l'acte operatori com en el postoperatori. Les conseqüències d'aquesta hemorràgia poden ser molt diverses depenent del tipus de tractament que s'hagi de necessitar, i pot oscil·lar des d'una gravetat mínima fins a la possibilitat de produir-se la mort, com a conseqüència directa de la sagnia o per efectes secundaris dels tractaments utilitzats.
- Síndrome de reabsorció líquida, deguda al vessament inevitable del líquid d'irrigació al torrent sanguini. Aquesta síndrome pot variar des de lleu intensitat (amaurosi transitòria, hipotensió) a gravetat màxima, en què no es pot descartar la possibilitat de mort (molt poc freqüent).

## **ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS**

- Cirurgia oberta. Radioteràpia. Quimioteràpia.

El Servei d'Anestèsia informará el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar

i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

### CONSENTO

Que se'm realitzi la intervenció.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional

ingrés per CMA

---

### DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

#### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una .....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa**

Olot, ..... de ..... de 20.....