

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** Una **CARÚNCULA URETRAL** és un prolapse (despenjament) de la mucosa uretral (urethrocele) que pot ser asimptomàtic o produir disfunció miccional amb símptomes irritatius (necessitat d'urinar sovint) i obstructius (dificultat per a orinar). La seua resecció (extracció) cura o millora aquests casos en aproximadament el 60% dels casos.
- 2. Com es realitza?:** La intervenció quirúrgica consisteix en l'exèresi o resecció (extracció) de la carúncula acompanyada de punts de sutura circulars de fixació de la mucosa prolapsada (despenjada). En determinats casos la cirurgia pot ser realitzada amb anestèsia local i habitualment de manera ambulatoria.
- 3. Quins són els seus riscos?:**
 - **Freqüents (més del 10%):** molèsties transitòries en la uretra, coïssor miccional, infecció urinària, sagnat lleu.
 - **Infreqüents (menys de 10%): reaccions al·lèrgiques** a l'anestèsic local, que poden arribar a produir xoc anafilàctic; complicacions locals: **infecció** o **sagnat** de la ferida; **cicatrització anòmla amb fibrosi**, fins i tot de manera ocasional; **dolor** variable; aparició d'incontinència **urinària d'esforç o d'urgència**; **fístula uretral o vesical** (comunicació del conducte uretral o bufeta a l'exterior amb incontinència persistent); **retenció urinària transitòria o permanent** que pugua necessitar nous procediments quirúrgics; **coit dolorós o anorgàsmia**.
- 4. Conseqüències previsible de la realització:** La correcció de la carúncula uretral i els símptomes irritatius i obstructius del tracte urinari inferior.
- 5. Conseqüències previsible de la no-realització:** Persistència dels símptomes que van motivar la consulta. La carúncula té un comportament benigne i sense complicacions importants.
- 6. Alternatives:** Pomades antiinflamatòries o lligadura de la carúncula sobre una sonda vesical fins a la seua caiguda per necrosi.
- 7. Riscos en funció de la seua situació personal:** La presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com a Aspirina o Adiro) pot condicionar un major risc de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir les complicacions posteriors. **És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies** medicamentoses, **alteracions de la coagulació**, **malalties concomitants**, o **medicacions actuals**.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NUM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

- Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonimat. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____