

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es un procedimiento cuya finalidad consiste en la mejora de la micción mediante la ampliación del calibre del cuello vesical y la uretra prostática cuando son más estrechos de lo normal debido a varias causas: congénita (habitualmente detectada en la infancia), infecciones, traumatismos o como secuela de cirugía transuretral o por sondajes previos.

2. ¿Cómo se realiza?: mediante esta técnica se realiza una incisión en el cuello vesical desde uno o los dos meatos ureterales hasta la uretra prostática para ampliar su calibre. Para ello y, bajo anestesia general, se introduce en la uretra un dispositivo con una cámara de televisión y un pequeño bisturí (uretrotomo) con el que se realiza, bajo visión directa, uno o varios cortes en el segmento vésico-uretral estrecho. En ocasiones puede efectuarse el procedimiento con láser. Posteriormente se coloca una sonda durante 7-10 días, que sirve para que el cuello vesical y la uretra cicatricen correctamente alrededor de la misma.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** **no conseguir la ampliación del segmento vésico-uretral o que la estrechez vuelva a producirse;** complicaciones locales: **infección o sangrado** de la uretra; **cicatrización anómala con fibrosis;** **falsa vía uretral con perforación del recto;** **absceso periuretral;** **dolor** perineal o peneano variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia;** **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos. **Tromboembolismos** venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

4. Consecuencias previsibles de su realización: corregir la estenosis vésico-uretral.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: dificultad miccional pudiendo desembocar en retención urinaria.

6. Alternativas: observación. Cirugía uretral abierta.

7. Riesgos en función de su situación: la toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina, Adiro ...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

UROLOGÍA CERVICOTOMÍA

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO(CALLE/PLAZA,NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREOELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHANACIMIENTO	EN CALIDADDE
-----------	--	--------	--	-----	-----------------	--------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS		NOMBRE		CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM.COLEGIACIÓN
-----------	--	--------	--	-----------------------	-----------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización d eeste procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LADECLARACIÓNDE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente/surepresentante.

Profesionalsanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIAAL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____