

### **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** es una cirugía del divertículo uretral, que es una hernia de la mucosa uretral que origina una cavidad y que puede ser asintomático o producir disfunción miccional con síntomas irritativos (necesidad de orinar frecuentemente), obstructivos (dificultad para orinar) o inflamatorios (infecciones urinarias repetidas). Su resección cura o mejora dichos casos en aproximadamente el 80% de los casos.

2. **¿Cómo se realiza?:** mediante una intervención quirúrgica, para la extirpación o resección del divertículo acompañada de puntos de sutura para cerrar el orificio de la mucosa uretral y de la colocación de una sonda uretral durante 7-10 días.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** complicaciones locales: infección o sangrado de la herida; cicatrización anómala con fibrosis, incluso de forma ocasional; dolor variable; aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; fístula uretral o vesical (comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente); retención urinaria transitoria o permanente que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; coito doloroso o anorgasmia.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** la corrección del divertículo uretral y los síntomas irritativos, obstructivos e inflamatorios del tracto urinario inferior.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia de los síntomas que motivaron la consulta. El divertículo tiene un comportamiento benigno y no suele producir complicaciones graves.

6. **Alternativas:** no hay tratamiento alternativo por tanto si no se realiza persiste el divertículo y sus síntomas asociados.

7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** la toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

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

**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	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. 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 de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL 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 y en lo que implique que no pueda darme 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:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_