



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És un procediment indicat per a resoldre problemes d'obstrucció de l'urèter i per mitjà del qual, utilitzant un endoscopi es col·loca una pròtesi interna en l'urèter per a aconseguir la seua desobstrucció. Es realitza habitualment en règim ambulatori i amb anestèsia local (gel anestèsic en uretra), que minimitza les molèsties i les fa totalment tolerables.
- Com es realitza?:** S'accedeix a la bufeta mitjançant un endoscopi per a localitzar el meat ureteral. Després de canalitzar-lo mitjançant una guia teflonada, s'introdueix l'endopròtesi ureteral sota control amb radioescòpia. Abans de l'exploració, o en el moment d'aquesta, se li podrà administrar un antibiòtic per a profilaxi d'una possible infecció.
- Quins són els seus riscos?:** D'aquesta intervenció són possibles, però no freqüents, els següents efectes secundaris o complicacions:
  - **Hemorràgia**, tant durant l'acte com després. Les conseqüències d'aquesta hemorràgia poden ser molt diverses, depenent de la mena de tractament que haja de necessitar-se per al seu control: transfusió d'hemoderivats, embolització endovascular i fins i tot cirurgia oberta, nefrectomia o mort.
  - **Infecció urinària o general** de conseqüències imprevisibles.
  - **Perforació ureteral** amb el risc de sagnat, infecció, reabsorció de líquids, totes de conseqüències imprevisibles, que poden necessitar una intervenció o manipulació.
  - **Impossibilitat de col·locació.**
- Conseqüències previsibles de la realització:** Drenar adequadament el renyó disminuint el nombre de recanvis comparat amb altres derivacions urinàries com el catèter doble J "de llarga duració" (anual).
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** En cas de no acceptar la present indicació, ha de saber que existeix una elevada probabilitat de persistència i/o progressió de la simptomatologia per la qual va consultar o de les seues malalties de base. Les possibles complicacions que un futur pugua esdevindre i el seu abast són en bona part imprevisibles, i inclouen la pèrdua de la funció renal i fins i tot el risc vital.
- Alternatives:** Existeixen alternatives, com la cirurgia oberta laparoscòpica, o el drenaje percutani del renyó, així com la col·locació d'un catèter doble J de llarga duració o oncològic amb recanvi màxim a l'any o abans, si fora necessari.
- Riscos en funció de la seua situació:** Malalties com la diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia o fins i tot edat avançada, poden augmentar la freqüència o gravetat de riscos o complicacions, per la qual cosa el risc quirúrgic en general és major.

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
NÚM. 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 anonim. 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: \_\_\_\_\_