

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento indicado para resolver problemas de obstrucción del uréter y por medio del cual utilizando un endoscopio, se coloca una prótesis interna en el uréter para conseguir su desobstrucción. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se accede a vejiga mediante un endoscopio para localizar el meato ureteral. Tras canalizarlo mediante guía teflonada, se introduce la endoprótesis ureteral bajo control con radioescopia. Previo a la exploración, o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** De dicha intervención es posible pero no frecuente, los siguientes efectos secundarios o complicaciones:
 - **Hemorragia**, tanto durante el acto como después. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse para su control: transfusión de hemoderivados, embolización endovascular e incluso cirugía abierta, nefrectomía o muerte.
 - **Infección urinaria o general** de consecuencias imprevisibles.
 - **Perforación ureteral** con riesgo de sangrado, infección, reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias imprevisibles, que pueden precisar una intervención o manipulación.
 - **Imposibilidad de colocación.**
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Drenar adecuadamente el riñón disminuyendo el número de recambios comparado con otras derivaciones urinarias como el catéter doble J “de larga duración” (anual).
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que un futuro pueda acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo la pérdida de la función renal e incluso el riesgo vital.
6. **Alternativas:** Existen alternativas, como la cirugía abierta o laparoscópica, o el drenaje percutáneo del riñón, así como la colocación de un catéter doble J de larga duración u oncológico con recambio máximo al año o antes si fuese precisa.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia o incluso edad avanzada, pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

Es absolutamente necesario que nos informe 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 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 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:

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: _____