



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És l'ampliació del calibre uretral quan aquest és més estret del normal.
2. **Com es realitza?:** Es tiren unes gotes d'un lubricant anestèsic en la uretra i es dilata la zona d'estrenyiment mitjançant unes sondes progressives de material plàstic que s'introdueixen a través de la uretra.

Aquest tipus de maniobra està especialment indicada en determinats malalts amb obstrucció urinària per estenosi d'uretra que van ser sotmesos a altres tractaments sense èxit o pacients amb hipertròfia benigna prostàtica.

3. **Quins són els riscos?:** Malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:
 - **Freqüents (més del 10%):** molèsties transitòries en la uretra, coïssor miccional, infecció urinària, sagnat lleu.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** no aconseguir la dilatació uretral; reaccions al·lèrgiques a l'anestèsic local, que poden arribar a produir xoc anafilàctic; complicacions locals: infecció o sagnat de la uretra; cicatrització anòmala amb fibrosi; falsa via uretral; abscess periuretral; dolor perineal o penià variable; aparició d'incontinència urinària d'esforç o d'urgència; retenció urinària transitòria o permanent, que pot necessitar nous procediments quirúrgics.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Corregir l'estenosi uretral.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Dificultat miccional que pot desembocar en retenció urinària.
6. **Alternatives:** Observació. Cirurgia uretral.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat.

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:	PROVÍNCIA	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: _____