

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És la col·locació d'un coixinet de silicona subjecta a unes cintes de malla de polipropilè , i un reservori o depòsit per a poder emplenar el coixinet, si cal. Està indicat en el tractament de la incontinència urinària d'esforç masculina després de cirurgia de pròstata.

2. Com es realitza?: Mitjançant tècnica quirúrgica amb anestèsia (raquianestèsia o general), es realitza una incisió en el perineu per a col·locar el coixinet de silicona per davall de la uretra i, posteriorment, passar les cintes de la malla pels dos forats obturadors (al nivell dels dos engonals). El reservori se situa en la bossa escrotal al costat del testicle. Després de la realització del procediment, haurà de mantindre un repòs relatiu durant un mes aproximadament. Poden sol·licitar-li un cultiu d'orina abans de la intervenció per a valorar si necessita tractament antibiòtic.

3. Quins són els riscos?: els riscos apareixen en menys del 10% dels pacients

- **Freqüents (més del 10%):** Alteracions de la sensibilitat cutània. Dolor en la zona de la intervenció, que pot arribar a dificultar la deambulació i requereix analgèsia o infiltració anestèsica. Impossibilitat d'orinar, que requereix sondatge intermitent, permanent o una nova cirurgia per a corregir-ho. El reajustament del coixinet pot comportar un risc d'infecció del dispositiu que obligue retirar-lo en una segona intervenció. Infecció de ferida amb diferents tipus de gravetat. Hiperactivitat vesical que provoca urgència miccional i requereix medicació.
- **Infreqüents (menys de 10%):** Sagnat durant la cirurgia o després d'aquesta, que necessite la reposició de sang i la realització de procediments quirúrgics addicionals per a detindre l'hemorràgia, amb possibilitat, excepcional, de mort. Lesió de bufeta, intestí o nervis que envolten l'aparell genital masculí. Intolerància al dispositiu de silicona, erosió d'aquest en uretra o a través de la pell del perineu.

4. Conseqüències previsibles de la realització: Curació o millora de la incontinència. La taxa d'èxits d'aquestes tècniques és aproximadament d'un 40% de pacients i un 60-70% de millora, depèn també de múltiples factors com l'edat, el pes, els procediments previs, la radioteràpia, la gravetat de la incontinència, etc.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: La incontinència urinària afecta de manera molt important la qualitat de vida, però no representa un risc vital , en cas de no realitzar la tècnica és probable que la seua simptomatologia persistisca i pugua empitjorar amb el temps.

6. Alternatives: Existeixen alternatives com ara l'esfínter urinari artificial, però amb major nombre de components que augmenten el risc de complicacions, per això s'ha considerat més oportú, si escau, optar per aquest procediment.

7. Riscos en funció de la situació: Situacions com ara diabetis, malalties cardiovasculars, tractament amb anticoagulants o antiagregants plaquetaris, malaltia neurològica, poden augmentar la freqüència o la gravetat dels riscos o complicacions.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ 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 NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut 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

_____ , _____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / 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.

_____ , _____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____