

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Consiste en la colocación de una malla de *polipropileno*, indicada en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo masculina tras cirugía de próstata.

2. ¿Cómo se realiza?: Preparación previa: pueden solicitarle un cultivo de orina previo a la intervención para valorar la necesidad de tratamiento antibiótico. Técnica: mediante anestesia (raquianestesia o general), se realiza una incisión en el periné para colocar la malla a nivel suburetral, y posteriormente pasar los brazos de la misma malla por ambos agujeros obturadores (a nivel de ambas ingles). Tras la realización del procedimiento se deberá mantener un reposo relativo durante 1 mes aproximadamente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Alteraciones de la sensibilidad cutánea. Dolor en la zona de la intervención que puede llegar a dificultar la deambulación y precise analgesia o infiltración anestésica. Imposibilidad de orinar que precise sondaje intermitente, permanente o nueva cirugía para corregirlo. Infección de la herida con diferentes tipos de gravedad.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** Sangrado durante la cirugía o tras ella que precise la transfusión de sangre y la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales para detener la hemorragia, con posibilidad, excepcional, de muerte. Lesión de vejiga, intestino o nervios que rodean el aparato genital masculino. Hiperactividad vesical que provoca urgencia miccional y requiere medicación.

4. Consecuencias previsibles de su realización: Curación o mejoría de la incontinencia. La tasa de éxitos de estas técnicas es del 70% a 1 año y del 65% a los 5 años, depende también de múltiples factores como la edad, peso, procedimientos previos, gravedad de la incontinencia, radioterapia, etc.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: La incontinencia urinaria afecta de manera muy importante a la calidad de vida, pero no representa un riesgo vital. Es probable que su sintomatología persista y puede empeorar con el tiempo.

6. Alternativas: Existen alternativas tales como el esfínter urinario artificial, con mayor número de componentes que aumentan el riesgo de complicaciones,

7. Riesgos en función de su situación: Situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

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 NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA 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: _____