



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És el tractament antimicrobià intraglandular de la infecció prostàtica per a evitar la barrera hematoprostàtica o minimitzar l'efecte sistèmic dels antimicrobians.
2. **Com es realitza?:** Després de la instil·lació d'anestèsia local, es procedeix a la injecció intraprostàtica única o repetida d'un antimicrobià, a través del perineu o el recte, amb l'objectiu que s'aconseguiquen elevades concentracions intraglandulars i intentar així la resolució de la prostatitis o els abscessos prostàtics de xicoteta grandària.
3. **Quins són els riscos?:**
 - **Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, sagnat mínim postoperatori, molèsties perineals, disfunció miccional.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** **Sagnat** durant la punció o després d'aquesta que necessite la reposició de sang i la realització de procediments quirúrgics addicionals. **Lesions de la uretra o el recte; impossibilitat d'orinar o micció dificultosa** després de la cirurgia que necessite un sondatge permanent o intermitent; **intolerància a l'antimicrobià utilitzat, coït dolorós, dolor en el perineu; hiperactivitat vesical; reaccions inflamatòries** dels nervis adjacents (neurinomes); **infecció urinària amb sèpsia associada; sagnat** per la uretra o pel recte.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La millora o curació dels símptomes infecciosos prostàtics.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Persistirà el procés infecció intraprostàtic.
6. **Alternatives:** Tractaments antibiòtics sistèmics.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** La presa d'anticoagulants (com Sintrom o uns altres) o antiagregants (com Aspirina o uns altres) pot condicionar un major risc de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir les complicacions posteriors.

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	NÚM. 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: _____