

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es el tratamiento antimicrobiano intraglandular de la infección prostática para evitar la barrera hematoprostática o minimizar el efecto sistémico de los antimicrobianos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Tras la instilación de anestesia local se procede a la inyección intraprostática única o repetida de un antimicrobiano, a través del periné o el recto, con el objetivo de que se alcancen elevadas concentraciones intraglandulares e intentar así la resolución de la prostatitis o los abscesos prostáticos de pequeño tamaño.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado mínimo postoperatorio, molestias perineales, disfunción miccional.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** **Sangrado** durante la punción o tras ella que precise la reposición de sangre y la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales. **Lesiones de la uretra o el recto, imposibilidad de orinar o micción dificultosa** tras la cirugía que precise de sondaje permanente o intermitente; **intolerancia al antimicrobiano utilizado, coito doloroso, dolor en el periné; hiperactividad vesical; reacciones inflamatorias** de los nervios adyacentes (neurinomas); **infección urinaria con sepsis** asociada, **sangrado** por la uretra o por el recto.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación de los síntomas infecciosos prostáticos.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistirá el proceso infeccioso intraprostático.
6. **Alternativas:** Tratamientos antibióticos sistémicos.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA

Inyección intraprostática de antimicrobianos

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	NÚM. 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:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____