



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És una tècnica quirúrgica per aconseguir la correcta obertura d'un meate (orifici) uretral estret. Amb aquest procediment es pretén la millora en la qualitat miccional, així com la supressió de la sonda vesical permanente, si en porta (tant si és uretral com de talla suprapúbica).
- Com es realitza?:** Mitjançant una intervenció quirúrgica, es tracta l'estreyniment de l'extrem distal de la uretra. L'estenosi és una cicatriu interior de la uretra que disminueix el calibre d'aquesta i pot ser deguda a diverses causes: congènita (habitualment detectada en la infància), infeccions, traumatismes, fibrosis o com a seqüela de la cirurgia transuretral prèvia o sondatges. La tècnica consisteix en l'obertura de la uretra distal a nivell del penis amb incisió del segment que presenta l'estenosi. En aquesta reconstrucció cal a vegades utilitzar altres teixits o materials. La realització d'aquesta intervenció requereix d'anestèsia regional o general i després de la cirurgia s'ha de portar una sonda uretral durant un temps, fins i tot pot ser donat d'alta amb aquesta durant uns dies, depenent de la mena d'intervenció.
- Quins són els riscos?:**
 - **Freqüents (més del 10%):** Molèsties transitòries en la bufeta, sagnat per orina (hematúria), coïssor miccional, infecció urinària. Febre, generalment no gaire alta (menor de 38 °C, sobretot després de la segona o tercera instil·lació).
 - **Infreqüents (menys de 10%):** **No aconseguir millora en la qualitat miccional** o no poder retirar la sonda vesical permanent, si en porta; el **desenvolupament d'una nova estenosi uretral**, que requerirà tractaments posteriors entre els quals poden estar indicades les dilatacions periòdiques o la conducta a la realització d'un meate perineal permanent; **perforació d'uretra** durant l'acte quirúrgic, que provoqe extravasació del líquid d'irrigació cap a les estructures periuretrals, amb la possibilitat de formació d'abscess (si succeeix aquesta complicació, es necessitarà la pràctica urgent i necessària d'una altra intervenció diferent); **hemorràgia incontrolable**, tant durant l'acte quirúrgic com en el postoperatori, les conseqüències del qual són molt diverses depenent de la mena de tractament que haja de necessitar-se, i que oscil·larà des d'una gravetat mínima fins a la possibilitat certa de mort com a conseqüència directa del sagnat o per efectes secundaris dels tractaments emprats; **fístules uretrals**, el tractament de les quals pot ser complex, amb sonda i/o intervencions successives; **impotència total** o parcial; **tromboembolismes venosos** profunds o pulmonars, la gravetat dels quals depén de la intensitat del procés.
- Conseqüències previsibles de la realització:** Pot millorar la simptomatologia miccional.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** Impossibilitat de micció espontània, i les conseqüències associades (infecció urinària, formació de càlculs, fracàs renal) o persistència de sistemes de derivació urinària (sonda uretral/suprapúbica).
- Alternatives:** L'alternativa consistiria en la dilatació uretral periòdica o l'ús de sonda vesical/*suprapúbica permanent que necessita un recanvi cada 2-3 mesos.
- 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. **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: _____