

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**1. Què és?:** És una tècnica quirúrgica per a resoldre l'estenosi o estretor pieloureteral, és a dir, la zona per la qual l'orina ix del renyó cap a l'urèter. Quan aquesta zona està estreta, l'orina produïda pel renyó té gran dificultat per a eixir, i provoca dolor, infecció, formació de càlculs, dilatació renal i pèrdua progressiva de la funció del renyó.

**2. Com es realitza?:** La cirurgia per via laparoscòpica es realitza a través d'orificis abdominals pels quals s'introdueix una xicoteta càmera endoscòpica per a extirpar la part estreta de l'urèter/pelvis renal i es torna a cosir per a restablir la continuïtat de la via urinària. Habitualment, durant el procediment es deixa un catèter ureteral que protegeix les sutures, i que haurà de ser retirat per endoscòpia posteriorment. Enfront de la cirurgia oberta, la cirurgia per laparoscòpia presenta menor dolor en el postoperatori, menys complicacions relacionades amb la ferida abdominal, estada hospitalària més curta i més ràpida recuperació de l'activitat habitual. L'elecció de l'una o l'altra tècnica depén de la malaltia, anatomia, patologies prèvies, disponibilitat tecnològica i experiència de la cirurgiana o el cirurgià. És possible que una vegada començada la cirurgia per via laparoscòpica haja de reconvertir-se a cirurgia oberta per qüestions tècniques.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10%):** Infecció de ferida quirúrgica, hematoma de paret, molèsties abdominals, hèrnia en el lloc de la incisió.
- **Infreqüents (menys de 10%):** **No aconseguir la correcció de l'estretor**, amb la possibilitat de requerir posteriors tractaments o fins i tot l'extirpació del renyó de manera immediata o diferida, **infecció urinària**; **hemorràgia** incontrolable; **complicacions pulmonars** (pneumònia, hemotòrax -sagnat en la cavitat toràcica-, pneumotòrax -aire en la cavitat toràcica-, piotòrax -infecció de la cavitat toràcica), insuficiència respiratòria); **hèrnia o paràlisi diafragmàtica** (per obertura del diafragma); **complicacions derivades de la ferida quirúrgica** (infecció, dehiscència de sutura, fistules, defectes estètics, processos cicatricials anormals, intolerància als materials de sutura, neuràlgies -dolors nerviosos-, hiperestèsies -augment de la sensibilitat- o hipoestèsies -disminució de la sensibilitat-); **fistules urinàries o vasculars** (que poden requerir intervencions i fins i tot la pèrdua del renyó); **lesions d'altres vísceres** (intestí, melsa, fetge); **lesió vascular**; **tromboembolismes venosos profunds o pulmonars** la gravetat dels quals depén de la intensitat del procés; **complicacions abdominals** (paràlisi intestinal passatgera o persistent, obstrucció intestinal, peritonitis) amb resultats imprevisibles.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** La cirurgia es realitza amb intenció curativa, però pot requerir tractaments posteriors si no s'aconsegueix l'objectiu de resoldre l'estretor.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** La persistència de l'obstrucció ureteral amb el consegüent sofriment renal i deterioració de la seua funció fins a l'anul·lació completa.

**6. Alternatives:** L'endoureteropielotomia percutània anterògrada, l'endopielotomia retrògrada, la pieloplàstia per cirurgia oberta i la nefrectomia .

**7. Riscos en funció de la seua situació:** La presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com Aspirina o Adiro) pot condicionar un major reg de sagnat. Determinades circumstàncies, com diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, infecció urinària o edat avançada, poden augmentar la freqüència i gravetat de les complicacions quirúrgiques.

**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: \_\_\_\_\_