



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És un procediment mitjançant el qual es pretén corregir l'existència d'una complicació de la via urinària (fístula o estenosi), usualment deguda a una necrosi del teixit ureteral de diversa causa (isquèmia ureteral distal o fibrosi ureteral) amb retracció secundària del teixit ureteral.
2. **Com es realitza?:** Sota anestèsia general, es reconstrueix la via urinària amb reimplantació de l'urèter a la bufeta o utilització de la via urinària pròpia (urèter propi). En alguns casos pot ser impossible reconstruir la via urinària per necrosi massiva dels teixits, per la qual cosa és necessari mantindre una nefrostomia percutània (derivació externa) a permanència o, fins i tot, extirpar el renyó corresponent. En el postoperatori, sol deixar-se un drenatge i una sonda vesical durant diversos dies després de la cirurgia. En els casos en què es col·loca un catèter ureteral intern (doble J), aquest es retira, mitjançant cistoscòpia, després d'unes setmanes.
3. **Quins són els riscos?:** Malgrat l'adequada elecció de la tècnica i de la seua correcta realització, poden presentar-se **riscos**:
 - **Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, hematúria.
 - **Infreqüents (menys del 10%):** Que no es puga realitzar el procediment, fins i tot amb necessitat d'extirpar el renyó per les complicacions associades; complicacions al·lèrgiques als medicaments utilitzats; hemorràgia incoercible que necessite hemoderivats; complicacions abdominals (paràlisi intestinal, perforació, obstrucció, peritonitis); complicacions de la ferida quirúrgica (infecció, dehiscència de sutura, eventració, hèrnia de la ferida, fístules o defectes estètics); complicacions neurològiques, com ara dolors neurals o disminució de la sensibilitat o limitacions en la mobilitat de l'extremitat inferior del costat on s'implante l'empelt; dificultat per a l'erecció; complicacions miccionals, com ara dificultat miccional o retenció urinària; lesions vasculars o limfàtiques; trombosi venosa o tromboembolismes pulmonars.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La resolució del problema previ en la via urinària.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Necessitat d'un drenatge extern (nefrostomia) o intern permanent (doble J).
6. **Alternatives:** Drenatge extern o intern permanents.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** La presa d'anticoagulants (com Sintrom o Apixabán) o antiagregants (com Aspirina o Adiro) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda, la presència prèvia d'una infecció urinària o estenosis uretrals pot augmentar el risc d'efectes indesitjats.

És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions del 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 anonim. 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: _____

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar pare i mare, en cas contrari el progenitor que la té. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.