

### **DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

1. **Què és?:** És l'eliminació mitjançant tall i coagulació del major volum prostàtic per a millorar la qualitat de la micció.
2. **Com es realitza?:** Es realitza, sota anestèsia general o raquianestèsia, mitjançant la introducció per la uretra fins a la bufeta d'un dispositiu, dotat d'una càmera de televisió, que permet el tall i la coagulació del coll vesical estret o de la pròstata que dificulten o impedeixen la micció normal. Després de la cirurgia, és necessari col·locar una sonda vesical durant un període de temps variable en funció del grau de la resecció i la conseqüent hemorràgia posterior.
3. **Quins són els riscos?:**
  - **Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, sagnat postoperatori, molèsties uretrals o vesicals.
  - **Infreqüents (menys de 10%):** **Que no es puga realitzar la resecció (extirpació)** per problemes tècnics o que aquesta siga incompleta. **Sagnat** important durant la cirurgia o després d'aquesta que necessite la reposició de sang i la realització de procediments quirúrgics addicionals. **Perforació de la bufeta, impossibilitat d'orinar o micció dificultosa** que necessite un sondatge permanent o intermitent. **Dolor en el pubis; hiperactivitat vesical** que provoca urgència miccional i que requereix medicació per a la seua millora. **Lesió dels nervis adjacents.** **Estrenyiment uretral** que provoqe una nova malaltia que requerirà tractaments posteriors; **incontinència urinària** temporal o mantinguda; **perforació de vísceres adjacents** com a intestí o vasos sanguinis i que necessitaria la pràctica urgent i necessària d'una altra intervenció diferent que consistiria en una laparotomia (obertura de l'abdomen) o en una punció-drenatge, de conseqüències imprevisibles. **Síndrome de reabsorció líquida**, a causa del transvasament inevitable del líquid d'irrigació al torrent sanguini – aquesta síndrome pot variar des de lleu intensitat (amaurosi transitòria, hipotensió...) a gravetat màxima, on no es pot descartar la possibilitat de mort; **febres** per infecció de l'orina o de la sang; **tromboembolismes** venosos profunds o pulmonars la gravetat dels quals depèn de la intensitat del procés.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La millora o curació dels símptomes i la caracterització del tumor per a conèixer la seua gravetat.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** El manteniment dels símptomes.
6. **Alternatives:** **Encara que** existeixen altres tècniques com el làser, enucleació endoscòpica o oberta, secció del coll vesical, etc., en el seu cas s'ha considerat que la RTU (resecció transuretral) de pròstata és la millor opció.
7. **Riscos en funció de la seua situació personal:** La presa d'anticoagulants (Sintrom o uns altres) o antiagregants (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
NUM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	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: \_\_\_\_\_