

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la apertura y reparación de la uretra femenina estrecha.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se procede a eliminar la zona que obstruye la uretra con reposición del tejido resecaado mediante epitelio vaginal o mucosa proveniente de la boca.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
 - **Infrecuentes (menos de 10%): reacciones alérgicas** que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **infección o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis** con necesidad de nueva cirugía; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia**; **fístula uretral o vesical** (comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **coito doloroso o anorgasmia**; **osteítis del pubis**; **no conseguir la mejoría de la disfunción miccional**; **lesión vesical o intestinal**; **dolor pelviano crónico**; **recurrencia de la estenosis uretral**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La corrección de la obstrucción que se produce por la estrechez de la uretra, para mejorar funcionalmente el vaciado y los síntomas irritativos y obstructivos del tracto urinario inferior.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de la sintomatología miccional.
6. **Alternativas:** Sondaje vesical intermitente o permanente.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Es absolutamente necesario que nos informe de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA

CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS DE LA URETRA FEMENINA

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: _____