

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es una intervención quirúrgica para la liberación de la uretra que está fija o fibrótica a consecuencia, habitualmente, de cirugías previas sobre la zona.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia regional o general se procede a liberar mediante la eliminación las adherencias que rodean la uretra hasta dejarla móvil y flexible. En ocasiones la cirugía se limita a cortar o extirpar toda o parte de la malla suburetral que se colocó para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve, reaparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** **Reacciones alérgicas** que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: infección, sangrado de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis**, incluso de forma ocasional; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; fistula 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 fijación uretral.**
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría de los síntomas miccionales.
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 anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
URETROLISIS**

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