

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

### URETROPLÀSTIA

..... Núm. HC.....  
*(nom i cognoms del pacient)*  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
*(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)*  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
*(representant legal, familiar o propparent)* *(nom i cognoms del / de la pacient)*

#### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
*(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)*  
és necessari/convenient en la meva situació sotmetre'm a una intervenció d'uretroplàstia.

#### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La uretroplàstia és una intervenció per tractar l'estenosi d'uretra. L'estenosi és una cicatriu de la uretra que en fa disminuir el calibre. Això pot ser per diverses causes: congènita (habitualment detectada a la infantesa), infeccions, traumatismes o com a seqüela de la cirurgia transuretral prèvia o sondatges. La realització d'aquesta intervenció necessita anestèsia regional o en condicions molt especials, anestèsia general. La tècnica consisteix en l'obertura de la uretra al nivell del penis o perineu amb escissió del segment que presenta l'estenosi. Depenent de la localització i longitud de l'estenosi, es pot realitzar la reconstrucció en poc temps o bé pot ser necessari deixar la uretra oberta per facilitar que es regeneri i passi a la reconstrucció definitiva en un segon temps. En aquesta reconstrucció és necessari, a vegades, utilitzar altres teixits o materials. Després de la cirurgia, caldrà que el pacient porti una sonda uretral durant un temps, fins i tot quan estigui donat d'alta, durant uns dies, depenent del tipus d'intervenció.

#### BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

- Supressió de la sonda vesical permanent si en fos portador (tant si és uretral o de talla suprapúbica).
- En el millor dels casos, per la mateixa naturalesa de la malaltia, quasi sempre és necessari realitzar dilatacions uretrals periòdiques (i, en alguns casos, algunes altres intervencions).
- Aconseguir una millora en la qualitat miccional.
- Poder retirar la sonda vesical permanent.

## **RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUËNTS)**

- Desenvolupament d'una nova estenosi uretral que necessitarà tractaments posteriors. Entre aquests tractaments pot estar indicat fer un meat perineal.
- Perforació d'uretra durant la intervenció quirúrgica, que provoqui extravasació del líquid d'irrigació cap a les estructures periuretrals, amb la possibilitat de formació d'abscessos. Si es donés aquesta complicació, es necessitaria la pràctica urgent d'una altra intervenció.
- Hemorràgia incoercible tant durant l'acte quirúrgic com en el postoperatori. Les conseqüències d'aquesta hemorràgia són molt diverses, depenent del tipus de tractament que necessiti.
- Fístules uretrals. El seu tractament pot ser complex, amb sonda i/o intervenció successiva.
- Perforació de recte. El seu tractament pot obligar a realitzar una intervenció diferent que consistiria en una laparotomia (obertura de l'abdomen), de conseqüències imprevisibles.
- No aconseguir una millora en la qualitat miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanent.

## **ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS**

- Uretrotomia endoscòpia. Pròtesis. Dilatacions periòdiques.

El Servei d'Anestèsia informará el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm realitzi una intervenció.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional  ingrés per CMA

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa**

Olot, ..... de ..... de 20.....