**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMIA RADICAL**

**COLOCACIÓN DE MALLA SUBURETRAL TRANSOBTURADORA**

*ADVANCE ®*

Nº Historia: ………………………………………………………………………………

D./dña.: …………………………………………………………….. de.… años de edad,

Con domicilio en: ……………………………………………. y DNI Nº: …………..

D./dña.: …………………………………………………………… de …. años de edad,

Con domicilio en:……………………………………………. y DNI Nº: …………..

En calidad de:…………………………………

**DECLARO**

Que el Dr. me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

1. Mediante este procedimiento se pretende la corrección o mejoría de la incontinencia. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
3. Mediante esta técnica, que se realiza por una vía perineal se coloca una malla que eleva y fija la uretra al orificio obturador El postoperatorio suele ser corto (3-4 días de media), aunque en ocasiones es recomendable que el paciente sea dado de alta portando una sonda uretral o suprapúbica o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que ésta se acomode a su nueva situación.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como no conseguir una mejoría de la incontinencia, ya que estas técnicas simples presentan un índice de fallos postquirúrgicos en función de las pacientes, o no poder orinar espontáneamente (por retención urinaria) pudiendo precisar una nueva intervención quirúrgica que lo corrija. También comprendo que puede producirse hemorragia intensa tanto durante la cirugía como tras ella cuyas diversas consecuencias van desde la necesidad de transfundir sangre a la reintervención con posibilidad de muerte como consecuencia del sangrado o de los tratamientos empleados, aunque es muy infrecuente, o problemas derivados de la herida quirúrgica (disminución de la sensibilidad cutánea, infección en sus diferentes grados de gravedad, apertura de la herida, que puede necesitar reintervenciones, defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales, intolerancia al material de sutura con necesidad de extracción quirúrgica, dolor en el pubis –osteítis de pubis–, inestabilidad vesical que provoca sensación de urgencia miccional, debilidad de los músculos de las piernas –paresias de cuádriceps/psoas–, reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes –neurinomas- y otras complicaciones extremadamente infrecuentes), tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso y hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes, aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

1. El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como lavado preoperatorio intenso de la zona quirúrgica , aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como……………………………………………………...

1. El médico me ha explicado que las alternativas son los fármacos, la inyección periuretral y la rehabilitación del suelo pélvico, pero que en mi caso lo más aconsejable es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

**CONSIENTO**

Que se me realice tratamiento quirúrgico de la INCONTINENCIA URINARIA.

En Valencia, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201

Fdo: Dr. Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal,

 familiar o allegado

**REVOCACIÓN**

Doña .....................................................................................................de ................. años de edad, con domicilio en ........................................................................y D.N.I. nº ...............................

Don/Doña ............................................................................................ de .............. años de edad, con domicilio en ................................................................................ y D.N.I. nº...............................

en calidad de .............................................................. de ..........................................................................
 *(Representante legal, familiar o allegado)* *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ..............................., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En............................................................................................................*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado