



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una tècnica d'imatge basada en els raigs X en la qual s'introdueix un mitjà de contrast en la uretra (el conducte que comunica la bufeta urinària amb l'exterior) a través d'una sonda i s'obtenen radiografies que permeten valorar la bufeta, la uretra i l'existència de reflux de la bufeta als urèters (els conductes que comuniquen els renyons amb la bufeta).
- 2. Com es realitza?:** S'introdueix una sonda de plàstic brande per la uretra i es buida la bufeta. A continuació, es comença a emplenar amb la substància de contrast. Aquest procés es controla amb radioscòpia en un monitor i es practiquen radiografies. Quan la bufeta està plena i el/la pacient té ganes d'orinar, finalitza la introducció de contrast. S'obtenen llavors radiografies durant la micció i una última en acabar d'orinar. L'exploració dura aproximadament 30 minuts. Al/A la pacient se li administra protecció antibiòtica per a evitar possibles infeccions. No necessita cap cura especial posterior.
- 3. Quins són els riscos?:** Es tracta d'un procediment amb pocs riscos.
  - És possible que durant l'exploració s'experimente alguna molèstia com a cremor **o ganes d'orinar** que pot persistir conclòs l'estudi.
  - També és possible que apareguen **xicotets sagnats** que solen resoldre's espontàniament.
  - En rares ocasions es produeixen **espasmes de la uretra**. S'administra antibiòtic previ a la prova, encara que en algun cas pot produir-se infecció urinària.
  - **Ús de radiacions:** Aquesta prova empra radiacions i la seua utilització sempre ha de ser molt rigorosa, especialment en pacients joves. Emplem protocols d'estudi optimitzats al màxim perquè el nivell de radiació siga el més baix possible sense perdre informació diagnòstica. Ha d'evitar-se en la mesura del possible la seua realització durant l'embaràs, per la qual cosa, si està embarassada o creu que pot estar-ho, ha de comunicar-ho al nostre personal abans de sotmetre's a la prova. Els temps de radiació i els protocols d'estudi estan optimitzats per a emprar la menor radiació possible.
  - Com el contrast no s'introdueix a través del sistema vascular, és excepcional que produïska efectes adversos.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Obtenció d'informació rellevant sobre la via urinària baixa (bufeta i uretra).
- 5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Pot fer que la informació que aporta la prova no s'obtinga i que aquesta siga necessària per al maneig i tractament òptim de la seua malaltia.
- 6. Alternatives:** L'ecocistografia amb contrast o la cistografia isotòpica. Aquesta última és una tècnica de medicina nuclear. La primera no irradia i s'ha convertit en la tècnica d'elecció per a l'estudi del reflux vesicoureteral en xiquets/es, però pot ser complementada amb la cistografia.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** Convé que comuniqui si se li han realitzat, prèviament, estudis amb contrast i hi ha hagut alguna reacció o si hi ha al·lèrgies conegudes a medicaments o altres substàncies.

Com que, per a introduir el contrast, s'utilitza una sonda que pot portar làtex, ha d'indicar si és al·lèrgic/a a aquest, ja que hi ha risc de reacció.

**Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....**

**DECLARACIO D' INFORMACIO I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT.
Núm. *SIP	DOMICILI (CARRER/PLAZA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

**DADES REPRESENTANT LEGAL**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

**DADES PROFESSIONAL**

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut 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 seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_ \*dede \_\_\_\_\_

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**RENÚNCIA AI DRET D'INFORMACIÓ.**

Manifest que per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i exprés 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.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ \*dede \_\_\_\_\_

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓ 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:  NO AUTORIZO:

Pacient / el seu representant: Professional sanitari/a:

Signatura: Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA UTILIZACIÓ DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoque el Consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / el seu representant: Professional Sanitari/a:

Signatura: Signatura: \_\_\_\_\_