



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es una técnica de imagen basada en los rayos X en la que se introduce un medio de contraste en la uretra (el conducto que comunica la vejiga urinaria con el exterior) a través de una sonda y se obtienen radiografías que permiten valorar la vejiga, la uretra y la existencia de reflujo de la vejiga a los uréteres (los conductos que comunican los riñones con la vejiga).
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Se introduce una sonda de plástico blanda por la uretra y se vacía la vejiga. A continuación, se empieza a rellenar con la sustancia de contraste. Este proceso se controla con radioscopia en un monitor y se practican radiografías. Cuando la vejiga está llena y el paciente tiene ganas de orinar, finaliza la introducción de contraste. Se obtienen entonces radiografías durante la micción y una última al acabar de orinar. La exploración dura aproximadamente 30 minutos. Al/a la paciente se le administra protección antibiótica para evitar posibles infecciones. No precisa ningún cuidado especial posterior.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** Se trata de un procedimiento con pocos riesgos.
 - Es posible que durante la exploración se experimente alguna molestia como **ardor o ganas de orinar** que puede persistir concluido el estudio.
 - También es posible que aparezcan **pequeños sangrados** que suelen resolverse espontáneamente.
 - En raras ocasiones se producen **espasmos de la uretra**. Se administra antibiótico previo a la prueba aunque en algún caso puede producirse infección urinaria.
 - **Empleo de radiaciones:** Esta prueba emplea radiaciones y su utilización siempre debe ser muy rigurosa, especialmente en pacientes jóvenes. Empleamos protocolos de estudio optimizados al máximo para que el nivel de radiación sea el más bajo posible sin perder información diagnóstica. Debe evitarse en lo posible su realización durante el embarazo, por lo que, si está embarazada o cree que pudiera estarlo, debe advertirlo a nuestro personal antes de someterse a la prueba. Los tiempos de radiación y los protocolos de estudio están optimizados para emplear la menor radiación posible.
 - Como el contraste no se introduce a través del sistema vascular es excepcional que produzca efectos adversos.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Obtención de información relevante sobre la vía urinaria baja (vejiga y uretra).
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Puede hacer que la información que aporta la prueba no se obtenga y que esta sea necesaria para el manejo y tratamiento óptimo de su enfermedad.
- 6. Alternativas:** La Ecocistografía con contraste o la Cistografía isotópica. Esta última, es una técnica de Medicina Nuclear. La primera no irradia y se ha convertido en la técnica de elección para el estudio del reflujo vesico-ureteral en niños/as pero puede ser complementada con la cistografía.
- 7. Riesgos en función de la situación del/de la paciente:** Conviene que comunique si se le ha realizado, previamente, estudios con contraste y ha habido alguna reacción o si hay alergias conocidas a medicamentos u otras sustancias.

Puesto que, para introducir el contraste, se utiliza una sonda que puede llevar látex, debe indicar si es alérgico/a al mismo, ya que hay riesgo de reacción.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

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	NUM. 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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____