

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica consistente en la administración por vía uretral de un medio de contraste para resaltar negativamente la vejiga y la uretra y permitir así su correcta visualización radiológica tanto de forma estática como dinámica.
2. **¿Cómo se realiza?:** Tras la introducción de una sonda uretral de plástico blando se instila (inyección) con un medio de contraste y se observa y fotografía tanto la morfología de la uretra y la vejiga como su funcionamiento. Para ello el/la paciente debe orinar en la mesa de exploración radiológica para finalizar la prueba. El proceso dura entre 15-30 minutos.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la vejiga y uretra, sangrado uretral, escozor miccional, infección urinaria, hematuria. Radiación ionizante (se usa la mínima dosis imprescindible)
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** La **imposibilidad** de llevar a cabo la prueba; **reacciones alérgicas** al medio de contraste local; complicaciones locales: **infección o sangrado** de la uretra; **cicatrización anómala con fibrosis del meato uretral**; **dolor** variable; aparición transitoria de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El diagnóstico de la situación anatómica y funcional de la uretra y vejiga.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La falta de diagnóstico de la patología.
6. **Alternativas:** En determinadas ocasiones la cistoscopia (o introducción de una sonda uretral con cámara de televisión) podría suplir la CUMS (Cistouretrografía miccional seriada), pero en su caso se juzga más eficaz la realización de esta prueba.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. **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

CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL SERIADA (CUMS)

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: _____

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales