

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** és un procediment per mitjà del qual, utilitzant un endoscopi s'introdueix un catèter (tub buit) intern en l'urèter (conduïte que va del renyó a la bufeta). Està indicat per a desobstruir la via urinària i habilitar el pas d'orina entre tots dos òrgans.

2. **Com es realitza?:** es realitza habitualment en règim ambulatori (sense ingrés), amb anestèsia local (gel anestèsic en uretra) i analgèsia intravenosa, que minimitza les molèsties i les fa totalment tolerables.

Previ a l'exploració o en el moment d'aquesta, se li podrà administrar un antibiòtic per a profilaxi d'una possible infecció. Una vegada preparat **s'introdueix un endoscopi** (tub flexible o semirígid amb càmera de vídeo incorporada) per la uretra fins a arribar a la bufeta i s'insereix el catèter. S'extrau l'endoscopi i finalitza la tècnica. És possible que durant aquesta requerisca contrast iodat.

Durant l'exploració és possible sentir un cert grau de molèstia o coïssor derivada de la introducció de l'endoscopi però, en general, és molt ben tolerada. És recomanable beure abundants líquids (si vosté NO té cap contraindicació per a fer-ho) després d'aquesta.

3. **Quins són els seus riscos?:** Malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:

- **Freqüents (més del 10%):** coïssor en orinar .
- **Infreqüents (menys de 10%):** dolor, perforació de via urinària, infecció urinària que pot provocar un quadre febril amb el risc de sèpsia, impossibilitat de la col·locació, reaccions al·lèrgiques de diferent gravetat (al contrast, analgèsia...) incloent-hi xoc anafilàctic amb risc vital, reaccions vagals (incloent-hi parada cardiorespiratòria), hemorràgia incoercible immediata o tardana (incloent-hi risc vital) i els efectes secundaris del seu tractament, trencament de l'instrumental, que es pot quedar intracorpori i necessitar més intervencions. Estretor de la uretra.

4. **Conseqüències previsibles de la realització:** desobstrucció de la via urinària.

5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** persistència de la simptomatologia, pèrdua del renyó afecte i altres imprevisibles incloent-hi el risc vital.

6. **Alternatives:** col·locació d'una nefrostomia percutània amb canvis periòdics o cirurgia reconstructiva si fora possible.

7. **Riscos en funció la seua situació:** la presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com a Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda, la presència prèvia d'una infecció urinària o estenosis uretrals pot augmentar el risc d'efectes indesitjats. També malalties com la diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia, edat avançada... poden augmentar la freqüència o gravetat de riscos o complicacions, per la qual cosa el risc quirúrgic en general és major.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ D' INFORMACION 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

_____ , _____ dede _____

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

_____ de _____ de _____

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: _

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el seu representant:

Professional sanitari/a:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el Consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / el seu representant:

Professional Sanitari/a:

Signatura: _____

Signatura: _____