

### DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** Es una prova diagnòstica per a obtenir informació sobre la morfologia i el funcionament de la seua circulació cerebral. Es realitza en pacients amb malalties cerebrals vasculares o que se sospite que en puguen tindre. Permet obtenir imatges de les artèries de dins i fora del crani i serveix per a detectar i valorar l'existència de lesions d'aquestes.

**2. Com es realitza?:** Es realitza mitjançant l'aplicació de sondes d'ultrasons tant a la regió del coll com al cap. En alguns casos convé usar un contrast salí amb microbambolles d'aire (per a detecció indirecta de patologia cardíaca) que cal injectar en la vena. Quan s'exploren les artèries a través de la finestra orbitària (l'ull) existeixen normes de seguretat biològica per a evitar lesions en la retina. Aproximadament un 10% de persones tenen l'os del cap tan gruixut que no permet que passen bé els ultrasons. En aquests casos hem d'utilitzar un ecocontrast (microbambolles d'hexafluorur de sofre) amb el qual podem veure correctament les artèries que abans no podíem veure. També pot, a vegades, ser convenient aplicar, per via respiratòria, una mescla d'O<sub>2</sub> (oxigen) amb CO<sub>2</sub> (carbogen) per a mesurar la reactivitat de la via vascular cerebral.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10%):** L'ecografia és un mètode segur i està exempta de riscos.
- **Infreqüents (menys del 10%):** La utilització de substància d'ecocontrast pot produir algunes molèsties lleus i sense efectes residuals, les més freqüents cefalees (mal de cap 2.3%), dolor o coïssor en la zona d'injecció (1.4%). Excepcionalment, reaccions greus per al·lèrgia no coneguda al contrast. L'ús de carbogen produeix excepcionalment molèsties passatgeres després de la inhalació del gas, que consisteixen en sensació de malestar, nàusees o reacció vagal, sempre d'escassa importància.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** Obtindre informació sobre la morfologia i funcionament de la seua circulació cerebral.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Diagnòstic incomplet del seu problema cerebrovascular que pot condicionar la presa de decisions de tractament.

**6. Alternatives:** Aquesta exploració proporciona dades complementàries a les tècniques habituals (angioressonància, angioTAC i arteriografia cerebral), sempre amb menys riscos i complicacions.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** Aquest contrast no té pràcticament risc, encara que s'utilitza amb precaució en pacients amb insuficiència cardíaca o que pateixen galactosèmia (malaltia extremadament rara que consisteix en una alteració en el metabolisme de la galactosa). En l'estat clínic del/de la pacient, els beneficis derivats d'aquesta prova superen els possibles riscos, per aquest motiu se li indica la conveniència que li siga practicada. Si apareixen complicacions el personal mèdic i d'infermeria que l'atén està capacitat i disposa de mitjans per a tractar de resoldre-les.

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



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

## NEUROLOGIA

### Doppler transcranial i troncs supraaòrtics

#### DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

#### DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

#### DADES REPRESENTANT LEGAL

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

#### DADES PROFESSIONAL

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

#### DECLARE que:

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

Professional sanitari/ària

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

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

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

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

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

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

#### RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

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 científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

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

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

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

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

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

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

