



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És una tècnica d'imatge indicada en la infecció urinària, que permet veure, de forma molt clara, la possible existència d'un reflux vesicoureteral, procés freqüent en l'edat pediàtrica i causant de moltes d'aquestes infeccions.

Descartar o confirmar el reflux vesicoureteral també en malformacions renals que és la causa més freqüent d'infecció urinària en el/la xiquet/a, és el principal benefici.

2. **Com es realitza?:** Té com a finalitat la repleció (ompliment) de la bufeta urinària amb sèrum fisiològic en el qual es dilueix un mitjà de contrast especial (microbambolles) que es detecta mitjançant ecografia i permet la visibilitat de la via urinària durant un curt període de temps. El/la pacient passa a la sala d'exploració i es col·loca en la llitera d'estudi. S'introdueix una sonda blava per la uretra i es buida la bufeta. A continuació, es comença a emplenar la bufeta amb el sèrum al qual s'afeg la substància de contrast. Mentre es va omplint la bufeta, el/la radiòleg/òloga controla amb l'ecògraf l'existència o no de reflux vesicoureteral. Quan la bufeta està plena, s'obtenen noves preses ecogràfiques de la via urinària. L'exploració rutinària dura aproximadament 30 minuts.

3. **Quins són els seus riscos?:** Es tracta d'un procediment amb pocs riscos.

El procediment és molt segur. Existeix només una xicoteta molèstia passatgera durant la introducció de la sonda en la uretra. En molt rares ocasions es produeixen espasmes (contraccions) passatgers de la uretra. En alguna ocasió excepcional pot haver-hi un xicotet sagnat per la irritació que provoca la sonda. L'espasme secundari del conducte de drenatge vesical (uretra) pot fer difícil la retirada de la sonda.

4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Les descrites en l'apartat 1.

5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** mancar d'informació correcta sobre una possible malaltia, el reflux vesicoureteral, el tractament del qual és mèdic i, en molt pocs casos, quirúrgic. Tractat a temps no deixa seqüeles o són de poca importància. Si no es tracta, la infecció acaba destruint els renyons i queda, a mitjà termini, com a única alternativa el trasplantament.

6. **Alternatives:** La cistografia clàssica. El gran avantatge de l'ecocistografia és que no utilitza els raigs X. Però la qualitat i definició de la imatge és superior amb la cistografia. Per això, cadascuna té la seua indicació.

7. **Riscos en funció de la seua situació:**

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



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

RADIOLOGIA ECOCISTOGRAFIA

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, 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

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / 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.

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

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

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

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

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____