



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica de imagen indicada en la infección urinaria, que permite ver, de forma muy clara, la posible existencia de un reflujo vesicoureteral, proceso frecuente en la edad pediátrica y causante de muchas de estas infecciones.

Descartar o confirmar el reflujo vesicoureteral también en malformaciones renales que es la causa más frecuente de infección urinaria en el/la niño/a, es el principal beneficio.

2. **¿Cómo se realiza?:** Tiene como finalidad la repleción (llenado) de la vejiga urinaria con suero fisiológico en el que se diluye un medio de contraste especial (microburbujas) que se detecta mediante ecografía y permite la visibilidad de la vía urinaria durante un corto periodo de tiempo. El/la paciente pasa a la sala de exploración y se coloca en la camilla de estudio. Se introduce una sonda blanda por la uretra y se vacía la vejiga. A continuación, se empieza a rellenar la vejiga con el suero al que se añade la sustancia de contraste. Mientras se va llenando la vejiga, el/la radiólogo/a controla con el ecógrafo la existencia o no de reflujo vesicoureteral. Cuando la vejiga está llena se obtienen nuevas tomas ecográficas de la vía urinaria. La exploración rutinaria dura aproximadamente 30 minutos.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Se trata de un procedimiento con pocos riesgos.

El procedimiento es muy seguro. Existe sólo una pequeña molestia pasajera durante la introducción de la sonda en la uretra. En muy raras ocasiones se producen espasmos (contracciones) pasajeros de la uretra. En alguna ocasión excepcional puede haber un pequeño sangrado por la irritación que provoca la sonda. El espasmo secundario del conducto de drenaje vesical (uretra) puede hacer difícil la retirada de la sonda.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Las descritas en el apartado 1.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** carecer de información correcta sobre una posible enfermedad, el reflujo vesicoureteral, cuyo tratamiento es médico y, en muy pocos casos, quirúrgico. Tratado a tiempo no deja secuelas o son de poca importancia. De no tratarse la infección acaba destruyendo los riñones quedando, a medio plazo, como única alternativa el trasplante.

6. **Alternativas:** La cistografía clásica. La gran ventaja de la ecocistografía es que no utiliza los rayos X. Pero la calidad y definición de la imagen es superior con la cistografía. Por ello, cada una tiene su indicación.

7. **Riesgos en función de su situación:**

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



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

RADIOLOGÍA ECOCISTOGRAFÍA

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	NÚM. 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:

Paciente / Su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / Su representante:

Firma: _____

Profesional sanitario/a:

Firma: _____