



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una tècnica d'imatge basada en els raigs X en la qual s'introdueix un mitjà de contrast, sulfat de bari, que s'introdueix en l'intestí a través d'una sonda rectal. Es van obtenir radiografies conforme el contrast avança per l'intestí gros.
- 2. Com es realitza?:** Es realitza de manera ambulatoria. Per a obtenir imatges adequades i evitar errors d'interpretació, l'intestí ha d'estar net. Per a això es realitza una preparació prèvia que li hauran indicat i que consisteix habitualment en dieta pobra en residus i ènemes de neteja.
- 3. Quins són els seus riscos?:** Es tracta d'un procediment amb pocs riscos.
 - Per emprar radiacions ionitzants (raigs X), no està indicada en embarassades i en xiquets/etes ha de realitzar-se amb criteris d'indicació molt precisos. Actualment les seues indicacions s'han reduït considerablement, i es realitza en molt poques ocasions.
 - És possible la reacció al·lèrgica al plàstic o làtex que s'empra en la sonda d'introducció.
 - Les reaccions adverses al contrast introduït són molt inusuals per tractar-se el sulfat de bari d'una substància inerta.
 - Molt excepcionalment podria produir-se un trencament de còlon. Els casos descrits en els quals s'ha produït estaven quasi sempre associats a un intestí molt patològic.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Permet la valoració del seu intestí gros, especialment les alteracions de la seua paret com a tumors i inflamació i de malformacions.
- 5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Pot fer que la informació que aporta la prova no s'obtinga i que aquesta siga necessària per al maneig i tractament òptim de la seua malaltia.
- 6. Alternatives:** La majoria de les indicacions d'ènema opac en temps passats s'han eliminat en ser substituïda la prova per la colonoscòpia. Quan es requereix un estudi d'imatge, l'ecografia, la tomografia computada (TAC) o la RM (sencer-RM) solen ser alternatives vàlides.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** Com s'ha indicat en l'apartat 3, els riscos depenen de possibles antecedents d'al·lèrgia al làtex i de trencament de còlon en casos d'intestí molt danyat (excepcional).

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



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

RADIOLOGIA

ÈNEMA OPAC

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 AI 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: _____