



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es una técnica de imagen basada en los rayos X en la que se introduce un medio de contraste, sulfato de bario, que se introduce en el intestino a través de una sonda rectal. Se van obteniendo radiografías conforme el contraste avanza por el intestino grueso.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Se realiza de forma ambulatoria. Para obtener imágenes adecuadas y evitar errores de interpretación, el intestino debe estar limpio. Para ello se realiza una preparación previa que le habrán indicado y que consiste habitualmente en dieta pobre en residuos y enemas de limpieza.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** Se trata de un procedimiento con pocos riesgos.
 - Por emplear radiaciones ionizantes (rayos X), no está indicada en embarazadas y en niños/as debe realizarse con criterios de indicación muy precisos. Actualmente sus indicaciones se han reducido considerablemente, realizándose esta prueba en muy pocas ocasiones.
 - Es posible la reacción alérgica al plástico o látex que se emplea en la sonda de introducción.
 - Las reacciones adversas al contraste introducido son muy inusuales por tratarse el sulfato de bario de una sustancia inerte.
 - Muy excepcionalmente podría producirse rotura de colon. Los casos descritos en los que se ha producido estaban casi siempre asociados a intestino muy patológico.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Permite la valoración de su intestino grueso, especialmente las alteraciones de su pared como tumores e inflamación y de malformaciones.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Puede hacer que la información que aporta la prueba no se obtenga y que ésta sea necesaria para el manejo y tratamiento óptimo de su enfermedad.
- 6. Alternativas:** La mayoría de las indicaciones de enema opaco en tiempos pasados se han eliminado al ser sustituida la prueba por la colonoscopia. Cuando se requiere de estudio de imagen, la ecografía, la tomografía computarizada (TAC) o la RM (entero-RM) suelen ser alternativas válidas.
- 7. Riesgos en función de su situación:** Como se ha indicado en el apartado 3, los riesgos dependen de posibles antecedentes de alergia al látex y de rotura de colon en casos de intestino muy dañado (excepcional).

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 ENEMA OPACO

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: _____