

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: és una exploració que permet esbrinar com funciona la bufeta i l'esfínter urinari. Està recomanada en supòsits d'incontinència urinària o qualsevol problema en la micció.

2. Com es realitza?: la prova s'efectua de manera ambulatoria. Pot administrar-se un antibiòtic preventiu. Primer, haurà d'orinar en un recipient especial. Després, a través de la uretra (conduïte de l'orina), se li col·locarà una xicoteta sonda flexible en la bufeta amb ajuda de lubricant anestèsic. Serveix per a omplir la bufeta lentament i mesurar la pressió dins d'aquesta. També se li col·locarà una sonda en el recte per a mesurar la pressió del seu abdomen. És una prova molesta, però no dolorosa. Si el/la pacient té fuites d'orina, és possible que durant la prova també li ocórrega. En acabar es retiren totes les sondes. La duració és d'uns 30-60 minuts.

Si el seu metge/essa li indica la variant anomenada **videourodinàmica**, en lloc d'aigua se li instil·larà contrast iodat en la bufeta per a obtenir imatges radiològiques de manera simultània. En cas de la **videoecourodinàmica**, es col·locarà una sonda ecogràfica transrectal o perineal simultània durant l'exploració.

3. Quins són els riscos?: els riscos apareixen en menys del 5% dels/les pacients.

- **Freqüents (més del 10%):** molèsties miccionals (coïssor, cremor, dolor) de curta duració, sagnat en orinar, infecció urinària.
- **Infreqüents (menys de 10%):** infecció testicular, prostàtica o renal; falsa via uretral; sagnat per la uretra; reacció vagal. Sèpsia urinària; xoc sèptic (incloent-hi risc de mortalitat); còlic nefrític; crisi de disreflexia autonòmica (si existeix antecedent de lesió medul·lar); reacció al·lèrgica al contrast iodat (en cas de videourodinàmica).

4. Conseqüències previsibles de la realització: l'obtenció d'informació rellevant per a establir les mesures terapèutiques i de seguiment clínic recomanades, si és el cas.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: l'absència d'informació rellevant per a prendre les decisions terapèutiques pertinents.

6. Alternatives: no existeixen alternatives que substituïsquen la informació que aporta aquesta exploració.

7. Riscos en funció de la seua situació: situacions com ara diabetis, malalties cardiovasculars, tractament amb anticoagulants o antiagregants plaquetaris, malaltia neurològica... poden augmentar la freqüència o la gravetat dels riscos o complicacions.

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

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO 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 realitzar 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: _____