

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una exploración que permite averiguar cómo funciona la vejiga y el esfínter urinario. Está recomendada en supuestos de incontinencia urinaria o cualquier problema en la micción.

2. ¿Cómo se realiza?: la prueba se efectúa de forma ambulatoria. Puede administrarse un antibiótico preventivo. Primero, deberá orinar en un recipiente especial. Después, a través de la uretra (conducto de la orina), se le colocará una pequeña sonda flexible en la vejiga con ayuda de lubricante anestésico. Sirve para llenar la vejiga lentamente y medir la presión dentro de la misma. También se le colocará una sonda en el recto para medir la presión de su abdomen. Es una prueba molesta, pero no dolorosa. Si el/la paciente tiene escapes de orina, es posible que durante la prueba también le ocurra. Al acabar se retiran todas las sondas. La duración es de unos 30-60 minutos.

Si su médico/a le indica la variante llamada **videourodinámica**, en lugar de agua se le instilará contraste yodado en la vejiga, obteniendo imágenes radiológicas de forma simultánea. En caso de la **videoecourodinámica**, se colocará una sonda ecográfica transrectal o perineal simultánea durante la exploración.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: los riesgos aparecen en menos del 5% de los/las pacientes.

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias miccionales (escozor, ardor, dolor) de corta duración, sangrado al orinar, infección urinaria.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** infección testicular, prostática o renal; falsa vía uretral; sangrado por uretra; reacción vagal. Sepsis urinaria; shock séptico (incluyendo riesgo de mortalidad); cólico nefrítico; crisis de disreflexia autonómica (si existe antecedente de lesión medular); reacción alérgica al contraste yodado (en caso de videourodinámica).

4. Consecuencias previsibles de su realización: la obtención de información relevante para establecer las medidas terapéuticas y de seguimiento clínico recomendadas, en su caso.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la ausencia de información relevante para tomar las decisiones terapéuticas pertinentes.

6. Alternativas: no existen alternativas que sustituyan la información que aporta esta exploración.

7. Riesgos en función de su situación: situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

UROLOGÍA EXPLORACIÓN URODINÁMICA

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	CORREOELECTRÓNICO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHANACIMIENTO	EN CALIDADDE
-----------	--------	-----	-----------------	--------------

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 LADECLARACIÓNDE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIAAL 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: _____