

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És una tècnica d'injecció de toxina botulínica que és un fàrmac que produeix una paràlisi transitòria (bloqueig reversible de la transmissió de l'impuls nerviós) del múscul en el qual s'injecta, en aquest cas, el múscul detrusor de la bufeta. Es pretén evitar la contracció involuntària del múscul vesical i les molèsties derivades d'això. L'efecte és reversible i dura entre 6-9 mesos, per la qual cosa requerirà repetir el tractament per a mantindre l'efecte, si així ho desitja.

2. Com es realitza?: mitjançant anestèsia (local, regional o general), s'introdueix un cistoscopi per la uretra fins a arribar a bufeta i es realitzen diverses injeccions (varien en funció de la dosi de toxina botulínica administrada) en el múscul de la bufeta. Durant la realització i malgrat l'anestèsia pot experimentar molèsties a nivell de la seua bufeta.

Prèviament a la intervenció, es realitza un cultiu d'orina per a valorar necessitat de tractament antibiòtic; pot ser necessari realitzar també una tècnica de sondatge vesical. Després de la realització del procediment vosté prendrà antibiòtics que se li prescriuran i es realitzaran controls de possibles efectes adversos i d'eficàcia del procediment mitjançant mesurament del residu o control dels cateterismes nets intermitents (CLI).

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, que es tracta amb antibiòtics orals. Sagnat en orinar (hematúria), que sol ser lleu i transitori i acaba en pocs dies. Dificultat per a buidar l'orina en diferents graus, que pot arribar a retenció d'orina i requerir de sondatge per a buidar l'orina, que pot durar diverses setmanes.
- **Infreqüents (menys de 10%):** efectes adversos molt rars, però greus, majoritàriament en xiquets, consistents en feblesa muscular, disfàgia, pneumònia aspirativa, que si es compliquen poden tindre un desenllaç fatal

4. Conseqüències previsibles de la realització: La bufeta ha de deixar de contraure's involuntàriament, evitant la urgència per a orinar i les fuites d'orina. Així mateix pot desaparèixer o disminuir la necessitat d'orinar a la nit i disminuir, fins a normalitzar-se, el nombre de vegades que s'orina cada dia. Si és portador de sonda permanent, serà més ben tolerada. És possible que l'efecte siga parcial o no obtinga benefici, perquè aquest tractament no sempre funciona. Pot ser que amb el temps deixen de ser efectives les reinjeccions de toxina botulínica.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: Els seus símptomes es mantindran o poden empitjorar amb el temps, fins i tot existeix la possibilitat que s'afecten els renyons en alguns casos de bufeta neurògena, i provoquen dilatació dels renyons i pèrdua de funcionalitat.

6. Alternatives: Tractament oral amb pastilles, estimulació transcutània (agulla acupuntura) del nervi tibial o col·locació de marcapassos urinari.

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, 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 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: _____