

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**1. Què és?:** És una tècnica d'injecció de la 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 de l'esfínter urinari extern que pretén evitar la contracció involuntària del múscul de l'esfínter extern i les molèsties derivades d'això, generalment dificultat o impossibilitat per al buidatge que necessita autocateterismes o sonda permanent, crisi de disreflexia, etc. L'efecte és reversible i dura entre tres i nou mesos, per la qual cosa requerirà repetir el tractament per a mantindre l'efecte, si així ho desitja.

**2. Com es realitza?:** Mitjançant anestèsia (habitualment general o regional), s'introdueix un cistoscopi per la uretra i es realitzen diverses injeccions (varien en funció de la dosi de toxina botulínica administrada) en el múscul de l'esfínter urinari extern. També pot emprar-se una via d'accés mitjançant ecografia transrectal amb anestèsia local. Prèviament a la intervenció poden sol·licitar-li un cultiu d'orina per a valorar la necessitat de tractament antibiòtic. Durant la realització i malgrat l'anestèsia, pot experimentar molèsties. Després de la realització del procediment, prendrà antibiòtics, que se li prescriuran, i 7-10 dies després de la intervenció es realitzarà un control de possibles efectes adversos i d'eficàcia del procediment mitjançant fluxometria, mesurament del residu o control dels cateterismes nets intermitents (CLI).

**3. Quins són els riscos?:** Els riscos apareixen en menys del 10% de pacients.

- **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 1-3 dies. Incontinència d'orina derivada de la paràlisi de l'esfínter urinari.
- **Infreqüents (menys de 10%):** Els efectes adversos són molt rars, però greus, majoritàriament en xiquets, consistents en feblesa muscular, disfàgia, pneumònia aspirativa, algun amb desenllaç fatal.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** L'esfínter urinari extern ha de deixar de contraure's involuntàriament i evitar la dificultat en el buidatge de la seua bufeta. Així mateix pot desaparèixer o disminuir la necessitat autosondatges fins a aconseguir incontinència urinària, que pot manejar-se amb absorbents o col·lector urinari. És possible que l'efecte siga parcial o no obtinga benefici, perquè aquest tractament no sempre funciona.

**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 bufetes neurògenes, i provocar dilatació d'aquests i pèrdua de funcionalitat.

**6. Alternatives:** Tractament oral amb pastilles, autosondatges, pròtesis uretrals, sonda permanent.

**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: \_\_\_\_\_