



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És un procediment mèdic que consisteix en l'administració dins de la bufeta de diferents fàrmacs o substàncies.
- Com es realitza?:** S'introdueix una sonda vesical i a través d'aquesta s'introdueix el líquid, que sol ser sèrum salí en el qual va diluït el producte seleccionat en el seu cas. Haurà de retindre'l en la bufeta, canviant la posició corporal, i després eliminar-lo mitjançant una micció. És un procediment de baix risc i no necessita hospitalització.
- Quins són els riscos?:**
  - Freqüents (més del 10%):** Molèsties transitòries en la bufeta, sagnat per orina (hematúria), coïssor miccional, infecció urinària. Febre, generalment no massa alta (menor de 38 °C), sobretot després de la segona o tercera instil·lació.
  - Infreqüents (menys de 10%):** Lesions de la cicatrització a nivell de la uretra o de la bufeta, bé a causa del producte administrat o bé a infeccions uretrals o vesicals pels sondatges, com ara estenosis d'uretra, abscessos uretrals, bufeta xicoteta i fins i tot perforació de la uretra o de la bufeta a causa dels sondatges repetits.

Complicacions infectives generals causades per una infecció uretral prostàtica, renal o general, que produeix febre alta o altres complicacions a nivell d'altres òrgans (fetge, pulmó, cor, etc.). Complicacions al·lèrgiques ocasionades pel producte administrat, que poden arribar a l'anafilàxia i xoc. Disminució de les defenses de l'organisme, que pot produir una disminució dels leucòcits i/o anèmia. Reaccions al·lèrgiques als fàrmacs instil·lats.
- Conseqüències previsibles de la realització:** Pot millorar la simptomatologia relacionada amb la bufeta/uretra.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** Deterioració de la funció renal i vesical per la mala dinàmica miccional.
- Alternatives:** Seguir amb medicació oral i deixar la simptomatologia a la seua evolució natural.
- Riscos en funció de la seua situació:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat.

**És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals**

**DOCUMENT 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 DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

**DADES PROFESSIONAL**

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

**DECLARE que:**

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat 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

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a 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.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_