

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento médico que consiste en la administración dentro de la vejiga de diferentes fármacos o sustancias.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se introduce una sonda vesical y a través de ella se introduce el líquido que suele ser suero salino en el que va diluido el producto seleccionado en su caso. Deberá retenerlo en la vejiga, cambiando la posición corporal, y después eliminarlo mediante una micción. Es un procedimiento de bajo riesgo y no necesita ser hospitalizado.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la vejiga, sangrado por orina (hematuria), escozor miccional, infección urinaria. Fiebre, generalmente no muy alta (menor de 38°C) sobre todo después de la 2ª o 3ª instilación.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** Lesiones cicatriciales a nivel de la uretra o de la vejiga bien debido al producto administrado o bien a infecciones uretrales o vesicales por los sondajes como estenosis de uretra, abscesos uretrales, vejiga pequeña e incluso perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos.

Complicaciones infectivas generales debidas a infección uretral prostática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de otros órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.). Complicaciones alérgicas debidas al producto administrado que pueden llegar a la anafilaxia y shock. Disminución de las defensas del organismo produciéndose una disminución de los leucocitos y/o anemia. Reacciones alérgicas a los fármacos instilados.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Puede mejorar la sintomatología relacionada con la vejiga/uretra.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Deterioro de la función renal y vesical por la mala dinámica miccional.
6. **Alternativas:** Seguir con medicación oral y dejar la sintomatología a su evolución natural.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como sintrom, apixabán...) o antiagregantes (como aspirina, adiro...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

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	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. 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 LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL 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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____