



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És una tècnica que consisteix en la fragmentació de càlculs urinaris mitjançant l'aplicació d'ones de xoc extracorpòries (energia generada per un litotriptor). Els fragments del càlcul són eliminats de manera espontània, juntament amb l'orina. Aquesta tècnica constitueix actualment un dels mètodes ideals per al tractament de la majoria dels càlculs perquè és de fàcil aplicació, poc invasiva i té poques complicacions.
- Com es realitza?:** Aquest procediment es realitza de manera ambulatoria, sense necessitat d'anestèsia general o regional (excepte en població pediàtrica) per la seua bona tolerància, amb l'ús de sedoanalgesia per a mitigar el dolor que puga existir. Pot requerir més d'una sessió de tractament, depenent fonamentalment de la grandària i la duresa del càlcul, i pot ser necessària la col·locació prèvia d'un catèter (intern o extern). A vegades, cal administrar un contrast iodat durant el tractament per a localitzar el càlcul i antibiòtic intravenós.
- Quins són els riscos?:**
 - **Riscos més freqüents (>10%):** sagnat autolimitat per l'orina (hematúria), infecció urinària de grau lleu o moderat, dolor i hematoma de la pell en la zona d'aplicació de les ones de xoc, hipertensió arterial durant l'aplicació del tractament, còlic nefrític pels fragments en procés d'expulsió generats durant el tractament i creixement de possibles fragments residuals.
 - **Riscos menys freqüents (<10%):** reaccions al·lèrgiques a la medicació intravenosa (que poden arribar a produir un xoc anafilàctic), arrítmia cardíaca durant el tractament, hematoma renal clínic o subclínic, que pot necessitar ingrés hospitalari, infecció urinària en grau sever (incloent-hi la infecció generalitzada o sèpsia), perforació intestinal i hematoma hepàtic o esplènic.
- Conseqüències previsibles de la realització:** L'eliminació o disminució dels càlculs urinaris.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** Existeix una elevada probabilitat de persistència i/o progressió de la simptomatologia per la qual va consultar i el creixement del càlcul. Les possibles complicacions que un futur puguen esdevindre i el seu abast són en bona part imprevisibles, incloent-hi pèrdua del renyó i el risc vital.
- Alternatives:** Teràpia mèdica expulsiva, realització per mitjà d'endoscòpia i cirurgia oberta o percutània.
- Riscos en funció de la situació del/la pacient:** Està contraindicada en l'embaràs pel risc d'irradiació del fetus. Així mateix, els/les pacients que prenguen antiagregants (Aspirina, etc.) o anticoagulants (Simtron, etc.) o altres fàrmacs que actuen sobre la coagulació de la sang, ha d'avisar-ho prèviament perquè és necessari suspendre o canviar el tractament uns dies abans. És necessari que ens informe si porta marcapassos o desfibril·lador, així com qualsevol altre dispositiu que puga complicar la intervenció o agreujar el postoperatori. Determinades malalties com la diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió i anèmia, així com l'edat avançada poden augmentar la freqüència o gravetat de riscos o complicacions, per la qual cosa el risc quirúrgic en general és major.

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: _____