

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**1. Què és?:** Consisteix en l'estimulació elèctrica de les arrels sacres mitjançant un elèctrode i un generador d'impulsos que s'implanten amb la finalitat de regular els reflexos miccionals alterats (incontinència urinària d'urgència, freqüència i urgència urinària, retenció d'orina) i alleujar el dolor pelvià.

**2. Com es realitza?:** El procediment es pot efectuar amb anestèsia local o general. Vosté se situarà boca avall, i el seu metge/essa col·locarà una agulla d'estimulació en la zona sacra per a observar les respostes musculars i sensibles a l'estímul elèctric. Es pot utilitzar radiologia o ecografia per a ajudar a la seua localització. Si s'utilitza anestèsia local, vosté notarà sensació de formigueig en zona perineal i genital, així com contracció dels músculs de l'anus i cama. Si les respostes són adequades, es col·locarà un estimulador extern temporal. Durant un període de temps variable (entre una i 10 setmanes) el seu metge/essa comprovarà l'eficàcia de l'estimulació mitjançant entrevista, qüestionaris i diaris miccionals. Si és eficaç, es procedirà a la col·locació de l'estimulador intern en un segon temps (habitualment amb anestèsia local). Després de l'implant de marcapassos definitiu, vosté necessitarà revisions i reprogramacions d'aquest.

**3. Quins són els riscos?:** Els riscos apareixen en menys del 20% de pacients. Es distingeixen:

➤ Riscos de l'exploració d'arrels sacres i el període de prova:

- **Més freqüents:** dolor lleu transitori en la zona de punció o extensió del cable; sagnat; hematoma; estímul molest o en zona indesitjada (cama).
- **Menys freqüents:** sagnat; infecció cutània; infecció del cable d'extensió o de l'elèctrode; "descàrregues" o "sacsejades" nervioses per l'estímul elèctric; alteració de l'hàbit intestinal; alteració de l'erecció-ejaculació; afectació del nervi amb paràlisi.

➤ Riscos a llarg termini:

- **Més freqüents:** pèrdua d'estímul i d'eficàcia; estímul en zones no desitjades; dolor en la zona del marcapassos; dolor en zona d'estimulació.
- **Menys freqüents:** desplaçament de l'elèctrode o del marcapassos; avaria de l'elèctrode o marcapassos; infecció del dispositiu.
- **Molt infreqüents:** al·lèrgia o intolerància als components; trencament de l'elèctrode; extrusió del marcapassos (eixida per la pell).
- Algunes d'aquestes incidències poden requerir una reintervenció quirúrgica per a la seua resolució.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** Millora dels símptomes urinaris (incontinència d'urgència, freqüència i urgència, retenció) i del dolor pelvià.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Persistència dels símptomes urinaris i del dolor pelvià

**6. Alternatives:** Estimulació percutània del nervi tibial, injecció de toxina botulínica en la bufeta, cateterisme net intermitent.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** Situacions com ara diabetis, malalties cardiovasculars, tractament amb anticoagulants o antiagregants plaquetaris, malaltia neurològica, etc., 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: \_\_\_\_\_