

UROLOGIA

Nefrostomia percutània

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: és una intervenció que consisteix en la col·locació d'un catèter de fi calibre en el renyó a través d'un xicotet orifici en la pell de la zona lumbar.

2. Com es realitza?: es realitza habitualment en règim ambulatori (sense ingrés), introduint anestèsia local en la zona de punció i del trajecte del catèter fins a entrar en el renyó, que minimitza les molèsties i les fa totalment tolerables. El temps que romanga aquest catèter varia en funció del motiu pel qual va ser col·locat. En alguns casos, la nefrostomia pot ser definitiva per a mantindre la funció del renyó.

Està indicat per a evacuar l'orina d'un renyó que té dificultats per a fer-ho per via natural (urèter) per obstrucció, càlculs, infecció etc. També per a introduir algun tractament i/o contrast per a estudiar la seua morfologia i/o prendre pressions dins de l'òrgan per a valorar la seua funcionalitat i recuperació després de corregir la malaltia.

Previ a l'exploració o en el moment d'aquesta, se li podrà administrar un antibiòtic per a profilaxi d'una possible infecció i contrast iodat.

3. Quins són els riscos?: malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització, poden presentar-se riscos:

- **Freqüents (més del 10%):** sagnat lleu pel catèter les primeres hores després de la seua col·locació.
- **Infreqüents (menys de 10%):** dolor, perforació de via urinària, infecció urinària, que pot provocar un quadre febril amb el risc de sèpsia, impossibilitat de la col·locació, reaccions al·lèrgiques de diferent gravetat (al contrast, anestèsic, etc.) incloent-hi xoc anafilàctic amb risc vital, reaccions vagals (incloent-hi parada cardiorespiratòria), perforació intestinal o biliar (incloent-hi peritonitis), hemorràgia incoercible immediata o tardana (incloent-hi risc vital) i els efectes secundaris del seu tractament, trencament de l'instrumental, que pot quedar intracorpori i necessitar altres intervencions.

4. Conseqüències previsibles de la realització: desobstrucció de la via urinària.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: persistència de la simptomatologia, pèrdua del renyó afecte i altres imprevisibles, incloent-hi el risc vital.

6. Alternatives: cirurgia reconstructiva, si fora possible, o col·locació de catèter doble J, si fora possible.

7. Riscos en funció de la seua situació: la presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com a Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda, la presència prèvia d'una infecció urinària pot augmentar el risc d'efectes indesitjats. També malalties com la diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia, edat avançada, etc., poden augmentar la freqüència o gravetat de riscos o complicacions, per la qual cosa el risc quirúrgic en general és major.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.



UROLOGIA

Nefrostomia percutània

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

| | | | |
|------------|-----------------------------------------|---------|-------------------|
| COGNOMS | NOM | DNI | DATA DE NAIXEMENT |
| NUM. 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: _____

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar pare i mare, en cas contrari el progenitor que la té. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.