

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** es un procedimiento por medio del cual, se administrará contraste para ver la vía urinaria mediante rayos X.

2. **¿Cómo se realiza?:** se realiza habitualmente en régimen ambulatorio (sin ingreso), con anestesia local (gel anestésico en uretra) y analgesia intravenosa, que minimiza las molestias. Previa a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para prevención de una posible infección. Una vez preparado **se introduce un endoscopio** (tubo flexible o semirrígido con cámara de video incorporada) por la uretra hasta llegar a la vejiga y se inserta el catéter. Tras ello se inyecta contraste iodado para ver el tracto urinario superior (uréter cavidades del riñón). Una vez comprobadas las imágenes se retiran tanto el catéter como el endoscopio. Durante la exploración es posible sentir un cierto grado de molestia o escozor derivado de la introducción del endoscopio pero, en general, es muy bien tolerada. Es recomendable beber abundantes líquidos (si el/la paciente NO tiene ninguna contraindicación para hacerlo) tras la misma.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** a pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:

- **Frecuentes (más del 10%):** escozor al orinar.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** reacciones alérgicas o intolerancias al medio de contraste administrado, dolor, perforación de vía urinaria, infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis, imposibilidad de colocación del catéter, reacciones alérgicas de diferente gravedad (al contraste, analgesia...) incluido shock anafiláctico con riesgo vital, reacciones vagales (incluyendo parada cardiorrespiratoria), hemorragia incontrolable inmediata o tardía (incluyendo riesgo vital) y los efectos secundarios de su tratamiento, rotura del instrumental quedando intracorpóreo precisando otras intervenciones. Estrechez de la uretra.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** diagnóstico de problemas del tracto urinario superior.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** ausencia de un diagnóstico correcto.

6. **Alternativas:** también se puede realizar de modo inverso puncionando el riñón y administrando el contraste desde el riñón hasta la vejiga.

7. **Riesgos en función su situación:** la toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán...) o antiagregantes (como Aspirina, Adiro ...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado, la presencia previa de una infección urinaria o estenosis (estrechamiento) uretrales puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. También enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada... pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

Recuerde que debe informar 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 DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Semeha 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
- Semeha 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 darme 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: _____