



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** Els potencials evocats (PE) són la tècnica diagnòstica que serveix per a explorar les vies nervioses que porten la informació des dels òrgans dels sentits fins al cervell.
2. **Com es realitza?:** La manera de realitzar-los depèn de la via sensorial que es vulga explorar, per la qual cosa hi ha diferents tipus de potencials evocats. En quasi tots es col·locaran uns elèctrodes de registre al nivell del cuir cabellut que poden ser de superfície pegats amb una pasta conductora, o poden ser unes agulles molt fines, d'un sol ús i sense cap risc de contagis, que es col·loquen davall de la pell. Depenent de la mena de potencial, també es poden posar elèctrodes en altres punts del cos. Per a realitzar aquesta prova és necessari que acudisca amb el cabell llavat, sense portar fixador, laca o qualsevol altre producte cosmètic. No ha de vindre en dejú, es pot desdejunar o menjar normalment. En els estudis visuals si porta habitualment ulleres o lents de contacte ha de portar-li-les amb si i utilitzar-les durant l'exploració. La sedació del/de la pacient és necessària per a assegurar que es manté immòbil. L'efecte de sedació pot durar entre 4 i 12 hores.

Tipus de potencials evocats:

- **Visuals:** serveixen per a explorar el funcionament del nervi òptic i les vies visuals cerebrals. El/la pacient mira una pantalla d'ordinador amb uns quadres canviants o una llum en forma de flaix . Electrorretinograma: serveix per a estudiar la retina. Es realitza una estimulació visual amb centellejos de llum de diferents colors, i es registra la resposta en uns elèctrodes en forma de fils molt fins en la parpella o en forma de lents de contacte. A vegades s'administrarà un col·liri anestèsic perquè l'elèctrode no produïska molèsties. Haurà d'estar uns 20 minuts en repòs adaptant-se a la foscor i després a la llum.
 - **Auditius:** estudien la via auditiva fins al cervell. Es col·loquen al/a la pacient uns auriculars mitjançant els quals escoltarà un so a diferents intensitats. Les respostes es registren amb uns elèctrodes pegats al cuir cabellut i lòbuls de les orelles.
 - **Somatosensorials:** estudien les vies de les sensacions cutànies des de la mà o el peu, passant pels nervis, la medul·la espinal fins a arribar al cervell. S'estimula la pell amb corrent elèctric, que el/la pacient sent com una espècie de batecs o cops ràpids en el canell o el turmell. També pot estimular-se en altres nivells, en funció dels nervis a explorar.
3. **Quins són els seus riscos?:** Aquesta prova no comporta cap risc en si mateixa. Sol ser poc molesta, i generalment ben tolerada. No produeix cap conseqüència important previsible. La sedació presentarà els riscos inherents a aquesta (el/la metge/essa o l'infermer o infermera que realitze la prova, li indicarà en cada cas el sedant utilitzat, i els possibles riscos associats a aquest i contestarà els dubtes que vosté tinga).
 - **Freqüents (més del 10%):** L'estimulació elèctrica utilitzada en els potencials somatosensorials pot resultar incòmoda, però totalment suportable.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** Molt rares vegades els elèctrodes del cuir cabellut poden deixar una mínima irritació, que desapareix espontàniament en pocs dies.
 4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La realització d'aquestes proves no produeix cap conseqüència negativa previsible.
 5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** En cas de no realitzar-se, es perdria informació diagnòstica o de seguiment que podria ser important per a un tractament correcte.
 6. **Alternatives:** En l'actualitat, aquestes proves no poden substituir-se per unes altres que proporcionen una informació similar sobre la funció de les vies i els centres nerviosos que s'estudien.
 7. **Riscos en funció de la seua situació:** És important que indique al personal responsable les medicacions que està consumint perquè pugua valorar la possible interferència amb els resultats obtinguts.

POTENCIALS EVOCATS SI NECESSITA SEDACIÓ

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	NÚM. 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

Metge/ metgessa

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.

Metge/ metgessa

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.

Metge/ metgessa

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.

Metge/ metgessa

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.

Metge/ metgessa

Signatura: _____

Signatura: _____