



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una tècnica que permet visualitzar la uretra i la bufeta amb el propòsit de diagnosticar les causes de les molèsties miccionals o de verificar que no existeixen problemes com a estretor del conducte uretral, creixement prostàtic, sagnat, càlculs, tumors o altres patologies en la bufeta.
- 2. Com es realitza?:** Requereix, a vegades, de l'administració d'un antibiòtic com a profilaxi d'una possible infecció així com la instil·lació d'un lubricant anestèsic per a facilitar el pas de l'endoscopi. No precisa d'anestèsia general encara que, ocasionalment, pugua ser recomanable per a realitzar alguna tècnica complementària.

Una vegada preparat s'introdueix un endoscopi (tub flexible amb càmera de vídeo incorporada) per la uretra fins a arribar a la bufeta. Després d'uns minuts s'extrau l'endoscopi i l'exploració finalitza.

Durant l'exploració és possible sentir un cert grau de molèstia o coïssor derivada de la introducció de l'endoscopi però, en general, és molt ben tolerada. Després de la uretrocistoscopia pot ser habitual el sentir una certa coïssor durant algunes hores que sol desaparèixer espontàniament i sense necessitat de cap medicació. És recomanable beure abundants líquids (si vosté NO té cap contraindicació per a fer-ho).

Si vosté ha sigut diagnosticat/a d'un tumor vesical, aquesta exploració s'ha de realitzar de manera repetida (cada 3-6-12 mesos o abans en cas de signes d'alarma) ja que aquests tumors tendeixen a aparèixer de nou amb el pas del temps el que fa necessària una comprovació freqüent de l'interior de la bufeta. Amb aquest document vosté consent i autoritza la realització d'aquests procediments necessaris per al seu seguiment sense necessitat de signar més consentiments específics per a cadascuna de les uretrocistoscopies necessàries.

- 3. Quins riscos té?:** Malgrat l'adequada indicació de la tècnica i de la seua realització poden presentar-se riscos:

**Freqüents (més del 10%):** Coïssor en orinar.

**Infreqüents (menys de 10%):** Hemorràgia, dolor, infecció urinària que pot provocar un quadre febril amb el risc de sèpsia, estretor de la uretra, perforació vesical o uretral o impossibilitat de recanvi.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** El diagnòstic i/o seguiment de les patologies uretrovesicales .
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** No es podrien diagnosticar i/o fer seguiment a les patologies abans esmentades.
- 6. Alternatives:** Encara que l'ecografia vesical ajuda, a vegades, al diagnòstic de litiasi o de tumors vesicals grans no és capaç d'apreciar tumors xicotets o canvis subtils en les parets uretrals o vesicals
- 7. Riscos en funció de la situació del pacient:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com a Aspirina o Adiro) pot condicionar un major risc de sagnat. D'altra banda la presència prèvia d'una infecció urinària o estenosis uretrals pot augmentar el risc d'efectes indesitjats. Ha d'advertir als professionals sanitaris de les seues al·lèrgies.

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NUM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELÉFON	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 anonimat. 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: \_\_\_\_\_