

**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
GERNU-ZISTOURETROGRAFIA / CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL****A. IDENTIFIKAZIOA:****MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. AZALPENA:**

**GERNU-ZISTOURETROGRAFIA probaren helburua da gernu-maskuria aztertzea, hainbat gauza lortzeko: gernu-infekzioaren zergatia jakitea; gernu-inkontinentziaren balorazioa egitea, edo txiza egiteko zailtasunarena; etab.**

**Proba egiteko, lehenik eta behin, kontrastea injektatzen da uretratik (gernu-bidearen kondukto kanpokoena), zunda edo kanula txiki baten bidez.**

**Miaketak 30 minutu inguru irauten du, eta lasai eta erlaxatuta egonez gero, erraz jasateko modukoa da.**

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- **Komeni da proba hilekoaren zikloaren lehen 10 egunetan egitea.**
- **IODODUN KONTRASTE EI ALERGIA edukiz gero, argi eta garbi azaldu behar zaio proba eskatu duen medikuari, eta erradiologoari.**
- **MEDIKAMENTUREN BATI ALERGIA izanez gero (dokumentatua, betiere), argi eta garbi jakinarazi beharra dago.**
- **GAIXOTASUNEN BAT edukiz gero, jakinarazi behar da (bihotzekoa, giltzurrunetakoa, asma).**
- **BOTIKAREN BATI ALERGIA DOKUMENTATUA EDO ASMA edukiz gero, proba egin aurretik hartu behar da medikazioa, agindupean (bertan emango da).**
- **EZ DA PROBA EGIN BEHAR HAURDUN EGONEZ GERO, EDO HORREN SUSMORIK EDUKIZ GERO, erradiazio ionizatzailea darabilen miaketa guztietan bezalaxe.**

**A. IDENTIFICACIÓN:****NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>**B. DEFINICIÓN:**

La CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL tiene como objetivo el estudio de la vejiga de la orina con objeto de poder detectar causas de infección urinaria, valoración de la incontinencia de orina y de las dificultades de micción, etc.

Para su realización, se inyecta un medio de contraste, a través de una pequeña sonda o cánula, que introducimos por la uretra (conducto más externo de la vía urinaria).

La exploración no suele durar más de 30 minutos y, si Ud. está tranquilo y relajado, se tolera bien.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- Es preferible que la fecha de realización del estudio sea dentro de los diez primeros días del ciclo menstrual.
- Deberá advertir al médico que solicita la prueba y al radiólogo si es Ud. ALÉRGICO A LOS CONTRASTES YODADOS.
- También debe advertir si padece ALGUNA ALERGIA MEDICAMENTOSA (documentada).
- También notifique si padece ALGUNA ENFERMEDAD CONOCIDA (corazón, riñón, asma).
- En los casos de ALERGIA MEDICAMENTOSA DOCUMENTADA O ASMA, deberá tomar una medicación previa, ya pautada, que se le facilitará.
- Como en toda exploración que emplea radiación ionizante, NO DEBERA SOMETERSE A ELLA SI ESTA EMBARAZADA O SUPONE ESTARLO.



**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA,  
HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

**E.BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS  
PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:**  
**Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeke, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

**Pazientea/k / El Paciente/s**

**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

**Sinadura/k eta data**

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha