

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTOSCOPIA/URETROSCOPIA

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. °

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una CISTOSCOPIA URETROSCOPIA, por padecer

I.- Es una exploración por medio de la cual, utilizando un endoscopio vemos el *interior de la vejiga y de la uretra*.

Se realizan habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias, y las hace totalmente tolerables. En ocasiones puede optarse por realizarla bajo sedación, por decisión del paciente, alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar realizar alguna manipulación complementaria.

Está indicada para el estudio de la hematuria, cistitis de repetición, a veces del adenoma de próstata, así como para las revisiones tras la resección de tumores vesicales. En ocasiones se puede colocar o retirar un catéter en ureter.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se aconseja administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección.

II.- DE DICHA INTERVENCIÓN SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

A.- Poder diagnosticar las causas de sus molestias.

B.- Eliminación, en su caso, de tal causa, aunque el objetivo fundamental es el diagnóstico.

III.- DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

A.- No conseguir llegar a un diagnóstico.

B.- Hemorragia tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse.

C.- Síndrome de Reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Su incidencia es infrecuente.

D.- Perforación vesical, debido a dificultades de introducción del cistoscopio, vejigas deterioradas por patología propia o a consecuencia de obstrucciones prolongadas. Es infrecuente que suceda y no siempre requiere un tratamiento específico al margen de dejar una sonda a permanencia.

E.- Estenosis uretrales, debido a la propia manipulación uretral al paso del cistoscopio.

IV.- ALTERNATIVAS

Las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los anteriores extremos, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de **CISTOSCOPIA URETROSCOPIA**

En Valencia de de 20 ..



Firma paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma Testigo
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: Fdo: Fdo:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o
representante del paciente D/Dª), de años de edad,
con domicilio en D.N.I. °
Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo
proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.
En Valencia de de 20 ..

Firma paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma Testigo
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: Fdo: Fdo:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o



representante del paciente D/D^a), de años de edad,
con domicilio en D.N.I. °

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 ..

Firma paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma Testigo
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo:
(Nombre y dos apellidos)