

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETERORRENOSCOPIA

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

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
URETERORRENOSCOPIA por padecer

1.- Mediante este procedimiento se pretende fragmentar o extraer los cálculos por vía endoscópica y llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad pieloureteral

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se explora endoscópicamente el uréter y en ocasiones la pelvis renal. Se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter. Esta indicada en el tratamiento de la litiasis ureteral o para el estudio de alteraciones ureter-pelvis, no aclaradas por los métodos radiológicos convencionales o como terapia alternativa de algunos procesos.

El médico me ha explicado que según el proceso puedo requerir sedo-analgésia, anestesia regional o anestesia general y que al terminar puede ser necesario colocar un catéter en el uréter que se mantendrá por un periodo de tiempo variable.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como imposibilidad de realizar ureterorrenoscopia por causas diversas (estenosis uretral o ureteral, hemorragia, etc); rotura de instrumentos o de catéteres quedando restos en el interior de la vía y que precisan de otras maniobras o intervenciones para su extracción; hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc; perforación ureteral, con extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, fibrosis, estenosis, etc); desinserción del uréter de vejiga, total o parcialmente, que puede requerir de reanastomosis quirúrgica del mismo; fibrosis reactivas con aparición de estenosis ureterales o uretrales; cólicos renales, por fragmentos litiasicos, coágulos, edemas de mucosa; perforación de víscera hueca (intestino, vejiga) o vascular que pueden producir complicaciones hemorrágicas, infectivas y otras; septicemia, inherente a todo acto endoscópico urológico

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.



6.- El médico me ha explicado que otras alternativas son la cirugía abierta, y la litotricia, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la ureterorrenoscopia

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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de **URETERORRENOSCOPIA**

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)

REVOCACIÓN

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

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 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)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con



domicilio en D.N.I. nº

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: Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)