

# Consentimiento informado

## Cistoscopia

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

Se le hará una uretroscopia. Este procedimiento consiste en examinar la uretra y la vejiga por las vías naturales (endoscopia). La vejiga es el depósito en el cual la orina proveniente de los riñones es guardada antes de ser evacuada por una micción. La uretra es el canal de salida de la vejiga.

#### ¿Por qué este examen?

Una cistoscopia se efectúa: ya sea para precisar el diagnóstico de problemas urinarios, o como parte de un programa de vigilancia de una lesión de la vejiga.

#### Desarrollo del examen

Este examen se practica usualmente en forma ambulatoria y bajo anestesia local en el hombre. Se efectúa después de verificar que no exista infección urinaria evolutiva.

El cistoscopio es un tubo delgado que termina con una lente conectada con una fuente luminosa. Se introduce en la vejiga por el canal de la uretra; en el hombre el paso del instrumento puede ser percibido a nivel del esfínter y de la próstata, a pesar de la anestesia local. A veces este examen permite tomar muestras superficiales.

#### Postoperatorio y riesgos

Después de la cistoscopia, usted puede sentir necesidad urgente de orinar durante algunas horas y una sensación de ardor al orinar. Si estos problemas persistieran, usted debe tomar contacto con su médico tratante o con su urólogo.

Las complicaciones de este examen son posibles, pero escasas:

- Hemorragia urinaria transitoria
- Infección urinaria

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: