

CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSCOPIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (un gel anestésico en la uretra) que minimiza las molestias y las hace tolerable. En ocasiones puede optarse a hacerlo bajo sedación, bien sea por su decisión o bien por alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar de alguna manipulación complementaria.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Se pretende diagnosticar las causas de sus molestias, y eliminar esas causas. Aunque el procedimiento es fundamentalmente diagnóstico.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	No existen alternativas a este procedimiento diagnóstico. Las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Luego de realizarlo, se espera la recuperación de la sedación, si se ha realizado y puede irse a su domicilio.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none">- No conseguir hacer diagnóstico- Hemorragia, tanto durante el procedimiento o posterior a él- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable de líquido de irrigación (utilizado en la técnica) al torrente sanguíneo, aunque su producción es infrecuente- Infección urinaria o general, de consecuencias imprevisibles- Perforación vesical, debido a dificultades en la introducción del endoscopio, por vejigas deterioradas por enfermedad de base, o por obstrucciones prolongadas- Estenosis ureterales- Cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis antibiótica
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSCOPIA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CISTOSCOPIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CISTOSCOPIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO