



UROCENTRO

Consentimiento Informado Cistoscopia

Nombre Paciente:.....

Rut:.....

Edad:.....

LA URETROCISTOSCOPIA: Consiste en la visualización de la vía urinaria y la vejiga a través de un instrumento rígido llamado cistoscopio.

El objetivo apunta al diagnóstico visual de patologías uretrales y vesicales, extracción de cuerpos extraños, diagnosticar el origen de sangre en orina, aseo de vejiga sangrante, estudio de incontinencia urinaria.

Dependiendo de su enfermedad y de los hallazgos, puede ser necesario realizar otros procedimientos durante la endoscopia, tales como dilatación, extracción de cuerpos extraños, tratamiento de lesiones sangrantes. Todos ellos tienen riesgos asociados.

Ningún médico puede asegurar completo éxito y ausencia de complicaciones, las que son poco habituales, incluso algunas situaciones como hemorragias, infección urinaria o lesiones de algunos de los segmentos examinados.

1.- Por la presente, YO

Nombre de Paciente:.....

Edad:.....

C. Identidad:.....

Domicilio:.....

Fono:.....

Diagnostico:.....

En plena posesión de mis facultades intelectuales solicito y autorizo a Dr.:....., para que me efectué este examen, los tratamientos y/o intervenciones adicionales no programados que estime necesarios y convenientes frente a cualquier imprevisto que pueda producirse durante mi atención o subsecuente al tratamiento.

2.- Autorizo para que se me suministren los sedantes, anestésicos y medicamentos que el médico estime necesarios y convenientes.

3.- Declaro que se me ha explicado en detalle, tanto por el presente instrumento como personalmente, que conozco y he comprendido el procedimiento a que voy a ser sometido, sus fines, riesgo que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que pueda producirme. Sin perjuicio de ello, declaro que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltas mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

Firma paciente:.....

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento.

Nombre de familiar o representante:.....

C. Identidad de familiar o representante:.....

Grado de parentesco:.....

Firma familiar o representante:.....

Nombre de Médico:.....

Firma de Médico:.....

INDICACIONES PREVIAS AL EXÁMEN

- 1.- El examen no requiere ayuna.
- 2.- Debe tener un examen de orina (Urocultivo), tomado dentro de los 30 días previo a sus cistoscopia.
- 3.- Si usted está en tratamiento anticoagulante (neosintron- coumadin) o con tratamiento de Aspirina, Ecotrin, avisar para suspender tratamiento.
- 4.- Presentarse en el Centro Médico con su orden de examen.
- 5.- Ante cualquier duda consultar al fono: 2970611 - 2685821