

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE DOBLE J

Nº Historia:

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a la COLOCACIÓN DE DOBLE J.

1.- Mediante este procedimiento se pretende drenar adecuadamente el riñón

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, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se coloca un catéter interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables.

Está indicada para resolver problemas de obstrucción del uréter.

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

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 hemorragia, tanto durante el acto como después cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse; síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es infrecuente; infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles; perforación ureteral con riesgo de sangrado, infección, reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias imprevisibles, que pueden precisar nueva intervención o manipulación.

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 como.....
..... 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 como.....

- 6.- El médico me ha explicado que las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo del riñón, pero que en mi caso lo más aconsejable es la colocación de doble J.

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

CONSIENTO

Que se me realice la COLOCACIÓN DE DOBLE J.

En, a

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado