

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN URODINÁMICA

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 una EXPLORACIÓN URODINÁMICA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende evaluar el estado funcional de la vejiga y esfínteres.

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 se pretende conocer de una forma objetiva el estado funcional de la vejiga y esfínteres, en relación a su capacidad de almacenamiento y evacuación de la orina. Se suele realizar a pacientes con problemas miccionales, en enfermedades neurológicas, en traumatismos medulares, en enfermos con incontinencia de orina y en pacientes con dificultad miccional sin causa orgánica aparente.

Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. El médico me ha aconsejado la profilaxis con antibioterapia para evitar infecciones urinarias.

Sé que la exploración requiere la colocación de sondas de pequeño calibre y electrodos que van a medir presiones generadas en vejiga, uretra, recto y actividad eléctrica del esfínter uretral.

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 molestias al orinar de corta duración, presencia de infección urinaria y/o, sanguínea de gravedad variable, presencia de sangre en la orina (Hematuria), inflamación y/o infección testicular.

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 no hay alternativa terapéutica eficaz, ya que las exploraciones radiológicas, ecográficas y neurológicas son complementarias

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 EXPLORACIÓN URODINÁMICA.

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