

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTOSCOPIA

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 CISTOSCOPIA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende diagnosticar las causas de mis molestias y eliminar, en su caso, tales causas, aunque el objetivo fundamental es el diagnóstico.

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, el médico ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias, y las hace totalmente tolerables. En ocasiones puede optarse por realizarla bajo sedación, bien por mi decisión, bien por alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar alguna manipulación complementaria.

Está indicada para el estudio de la hematuria, cistitis de repetición, a veces, del adenoma de próstata, así como para las revisiones tras la resección de tumores vesicales. En ocasiones se puede colocar o retirar un catéter en uréter.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se puede 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 no conseguir llegar a un diagnóstico; hemorragia, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio 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, aunque su producción es infrecuente; infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles; perforación vesical, debido a dificultades de introducción del cistoscopio, vejigas deterioradas por patología propia o a consecuencia de obstrucciones prolongadas, aunque es infrecuente que suceda y no siempre requiere un tratamiento específico al margen de dejar una sonda permanente; estenosis uretrales, debido a la propia manipulación uretral al paso del cistoscopio; cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis antibiótica.

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 en mi caso no existe una alternativa eficaz y que las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas 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 la CISTOSCOPIA.

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