



**Consentimiento Informado –
Urología Adulto**

Consentimiento Informado Para Urodinamia

Consentimiento Informado Para Urodinamia

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente a efectuar una **URODINAMIA**

Como forma de mejorar el estudio de mi patología y/o establecer la condición actual de mi vejiga.

INFORMACIÓN

La URODINAMIA es un examen mínimamente invasivo que pretende evaluar el funcionamiento de la vía urinaria inferior en patologías relacionadas con trastornos de la micción, incontinencia urinaria, patología prostática, patologías neurológicas, patologías ginecológicas y otras.

Para la realización de este examen es necesario instalar una sonda uretral de 2 a 3 mm. de diámetro y otra sonda rectal con un balón de 3 a 4 mm., con el objeto de poder medir las presiones de la vejiga, músculo de la vejiga y del abdomen.

Se instilará suero fisiológico a temperatura ambiente en el interior de la vejiga para realizar las pruebas y mediciones solicitadas por su médico tratante.

El único requisito para la realización de la Urodinamia es que usted no presente infección urinaria, por lo que se le exigirá un urocultivo que demuestre esto. En casos excepcionales es posible realizar la Urodinamia bajo tratamiento antibiótico.

Como se trata de un examen invasivo se pueden producir algunas complicaciones como dolor al instalar la sonda o después del examen, sangrado, infección urinaria y lipotimia (sensación de desmayo) y otras, sin embargo, son de baja frecuencia y no superan el 1% al 5% de los casos.

Al final del examen se realiza un informe con los hallazgos que serán una herramienta diagnóstica más para la toma de decisión de su médico tratante. La Urodinamia no necesariamente demostrará en todos los casos la causa de los síntomas que se estudian.

El médico 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.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y 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.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el exámen de:

URODINAMIA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).