



Consentimiento Informado para  
Procedimiento de Colocación de  
Catéter Ureteral Doble J

## **Consentimiento Informado para Procedimiento de Colocación de Catéter Ureteral Doble J**

## Consentimiento Informado para Procedimiento de Colocación de Catéter Ureteral Doble J

---

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, en mi situación, al procedimiento para:

### COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DOBLE J

**LADO**      Derecho      
                 Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende drenar adecuadamente el riñón.

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

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.

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.

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:

.....  
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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido 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 procedimiento para:

#### **COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DOBLE J**

**LADO**      Derecho        
                  Izquierdo     

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).