



Consentimiento Informado para
Tratamiento de Ureteroscopia Y
Ureterolitotomia Endoscópica

Consentimiento Informado para Tratamiento de Ureteroscopia Y Ureterolitotomia Endoscópica

Consentimiento Informado para Tratamiento de Ureteroscopia Y Ureterolitotomía Endoscópica

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 proceder, en mi situación, al tratamiento de **URETEROSCOPIA Y URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA**

LADO Derecho
 Izquierdo

Como forma de tratamiento de mi CÁLCULO URINARIO.

El procedimiento planificado me fue explicado por el médico. Se trata de un procedimiento terapéutico que no necesita incisiones, en el cuál se colocará dentro de mi uréter un aparato destinado a identificar y retirar o desintegrar (fragmentar) cálculos de la vía urinaria.

Los posibles riesgos asociados a este procedimiento me fueron aclarados y son los siguientes:

- La fragmentación o retiro de los cálculos puede no ocurrir, o necesitar de más de una sesión de tratamiento.
- Presencia de sangre en la orina después del tratamiento, que puede durar días o semanas.
- Lesión de uréter o de vejiga, que podría ser tratada por drenaje con catéter doble jota, sonda vesical, o incluso por reparación quirúrgica.
- Infección urinaria después del procedimiento.

El doctor referido me explicó que la Litotripsia extracorpórea externa podría ser una terapia alternativa para el tratamiento de los cálculos. Sin embargo, decidimos conjuntamente, yo y mi médico, que la Ureteroscopia y la Ureterolitotripsia endoscópica son las mejores indicaciones en este momento para mi cuadro clínico.

Certifico que este formulario, me fue explicado y que lo leí o fue leído para mí y que entendí su contenido.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

URETEROSCOPIA Y URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA

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).