

CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSCOPIA/URETROCISTOSCOPIA

1. Identificación y descripción del procedimiento:
La cistoscopia o uretrocistoscopia es un examen que permite observar directamente la uretra en toda su extensión, el cuello vesical y todo el interior de la vejiga, a través de un instrumento óptico (lente).
Dado que es indispensable asegurarse de la ausencia de infección de la vía urinaria antes del examen, es requisito indispensable para la realización de esta el tener un examen de orina reciente que descarte la infección
2. Objetivo del procedimiento:
Valorar la anatomía de uretra, próstata y vejiga
3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:
No existe otro examen que reemplace este estudio.
4. Consecuencias previsibles de su realización:
Posterior a la realización de la cistoscopia se puede presentar sangrado con la orina, dolor, ardor al orinar, urgencia urinaria, infección urinaria, incapacidad para orinar.
5. Consecuencias previsibles de su NO REALIZACION:
En caso de no realizarse el examen, su evaluación diagnóstica podría quedar incompleta.
6. Riesgos:
Posterior a la realización de la cistoscopia se puede presentar las siguientes molestias al orinar: sangrado, ardor, dolor, dificultad e imposibilidad.
Igualmente existe el riesgo de lesión de la uretra.
Estos síntomas pueden durar alrededor de una semana, los cuales deben ir desapareciendo progresivamente.

En caso de presentar fiebre o escalofrío se debe consultar a un servicio de urgencias que le corresponda.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

CONSENTIMIENTO

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente _____

Identificado con cédula de ciudadanía número _____
de _____.

Autorizo al doctor _____ y
su equipo de trabajo del _____ para
que me realice una CISTOSCOPIA y en caso de ser necesario tome las medidas y conductas
médicas necesarias para salvaguardar mi integridad física de acuerdo a como se presenten
las situaciones dentro de mi proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día _____ del mes _____ del
año _____

Paciente

Nombre _____

Cedula _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Parentesco _____

Médico

Nombre _____

Cédula _____

Sello _____

REVOCACIÓN

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente _____

Identificado con cédula de ciudadanía número _____

de _____, NO AUTORIZO al doctor _____ y su

equipo de trabajo del _____ para

que me realice una **CISTOSCOPIA** y en caso de ser necesario tome las medidas y

conductas médicas necesarias para salvaguardar mí integridad física de acuerdo a como se

presenten las situaciones dentro de mí proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día _____ del mes _____ del año _____

Paciente

Nombre _____

Cedula _____

Testigo

Nombre _____

Cédula _____

Parentesco _____

Médico

Nombre _____

Cédula _____

Sello _____