



# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CISTOSCOPIA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

### **Identificación y descripción del estudio**

- Mediante este estudio, utilizando un endoscopio, se ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en forma ambulatoria y con anestesia local (un gel anestésico en la uretra) que minimiza las molestias y las hace tolerable. En ocasiones especiales puede optarse por hacerlo bajo sedación.

### **Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan**

- El procedimiento es fundamentalmente diagnóstico. Se busca diagnosticar la causa de sus molestias (síntomas) para poder realizar un tratamiento oportuno y adecuado.

### **Alternativas razonables a dicho procedimiento**

- No existen alternativas a este procedimiento diagnóstico. El resto de los estudios radiológicos, ecográficos y de laboratorio son complementarios.

### **Riesgos frecuentes**

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables:

1. No conseguir hacer diagnóstico.
2. Sangrado en orina, tanto durante el procedimiento como posterior a él.
3. Infección urinaria o general, de consecuencias imprevisibles.
4. Perforación vesical, debido a dificultades en la introducción del endoscopio, por vejigas deterioradas por enfermedad de base o por obstrucciones prolongadas.
5. Estenosis uretrales.
6. Cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis atb.

### **Riesgos en función de la situación clínica del paciente**

- Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Por la situación vital actual del paciente (diabetes, hipertensión arterial, anemia, edad, etc.) puede aumentar la frecuencia o gravedad de las complicaciones, tales como:

---



Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).

Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan.  SI NO

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO  SI Cuál: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).

Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI NO

Entiendo que no podre recibir visitas durante la internación y autorizo que el parte médico se le dará telefónicamente a SR/Sra .....al número d teléfono .....este familiar/allegado será el responsable de comunicar al resto de los familiares el parte médico diario y oficiara de representante legal en caso que sea necesario dentro de la institución para la toma de decisiones .

### MUY IMPORTANTE

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno. (Marque con una x)

Doy mi consentimiento para la internación

No acepto la internación  (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes



Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ hs.

**REVOCACIÓN**

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_ hs.