

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Objetivo

La cistomanometría es una técnica que pretende evaluar el funcionamiento de la vejiga a través del llene de la misma con suero fisiológico.

Características

La vejiga es el depósito en el cual la orina proveniente de los riñones es guardada antes de ser evacuada por una micción y la uretra es el canal de salida de la vejiga.

Este examen se practica usualmente de manera ambulatoria.

Se efectúa posterior a comprobar que no existe infección urinaria.

La sonda es un instrumento de material sintético delgado de un grosor habitual de 10 Fr, el cual se conecta a un suero fisiológico tibio; la sonda se introduce en la vejiga por el meato urinario luego pasa al canal de la uretra y llega a la vejiga.

Riesgos

Después de la cistomanometría puede sentir necesidad urgente de orinar durante algunas horas y una sensación de ardor al orinar. A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden presentarse algunas complicaciones como: hemorragia urinaria transitoria, infección urinaria, dolor.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de las formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos del procedimiento.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, uso de anticoagulantes, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos en uso o cualquier otra circunstancia. También se me ha informado que en el caso de ser diabético, hipertenso u obeso, puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

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.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CISTOMANOMETRIA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal