

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

La cistoscopia es una técnica que pretende la visualización de la pared de la vejiga y de la uretra.

Características

El cistoscopio es un tubo delgado que termina con una lente conectada a una fuente de luz; este se introduce en la vejiga por el meato urinario luego pasa al canal de la uretra y llega a la vejiga. 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.

En el hombre el paso del instrumento puede ser percibido a nivel del esfínter y de la próstata, a pesar de la anestesia local.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado

El tipo de anestesia requerido para la operación será determinado por el cirujano y/o anestesista y se encuentra descrito en formulario consentimiento de Anestesia

Durante la intervención se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su análisis histopatológico).

Riesgos

Después de la cistoscopia puede sentir necesidad urgente de orinar durante algunas horas y una sensación de ardor al orinar.

El médico 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.

A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden presentarse algunas complicaciones como: hemorragia urinaria transitoria, infección urinaria, perforación, dolor.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacida/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CISTOSCOPIA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal