

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

#### Objetivos

Mediante la litotripsia se pretende fragmentar los cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Los fragmentos de cálculo resultantes de las ondas de choque son eliminados en forma espontánea por la orina

#### Características

Esta técnica constituye actualmente el método ideal - no invasivo - para la eliminación de los cálculos urinarios, debido a su facilidad de aplicación, obviar la indicación de cirugía y menor posibilidad de complicaciones y ser en general, un procedimiento de hospitalización abreviada mínima.

Este procedimiento no garantiza el 100% la eliminación de cálculos, pudiendo requerir su repetición, o bien cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.

#### Riesgos

Como toda intervención la litotripsia puede ser causa de algunas complicaciones derivadas del procedimiento mismo o de la anestesia utilizada. El riesgo de complicaciones puede aumentar si concomitantemente usted sufre de alguna enfermedad como diabetes, hipertensión arterial, neuropatías o cardiopatías crónicas, etc.

Algunas complicaciones posibles propias del procedimiento son:

- Hematuria (sangrado por la orina)
- Dolor o enrojecimiento en la zona de aplicación de las ondas de choque
- Cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos de cálculos
- Obstrucción ureteral por fragmentos
- Infección urinaria
- Alteraciones secundarias de la función renal
- En algunas ocasiones puede ser necesaria la hospitalización

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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal