

CONSENTIMIENTO PARA CISTOSCOPIA.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo, con diagnóstico presuntivo de, luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los alcances, objetivos, características, riesgos y beneficios esperados del procedimiento propuesto, por la presente autorizo al **Dr./a** y a su equipo quirúrgico, a realizarme un estudio diagnóstico y en algunas ocasiones terapéutico conocido como **CISTOSCOPIA**, que se realizará en.....
2. La cistoscopia es un estudio a través del cual se obtiene la visualización directa de la uretra, la próstata (en el hombre) y la vejiga, utilizando un endoscopio (citoscopio) y una fuente de luz. Este estudio permite además, ante la aparición de tejido anormal, la toma de muestras (biopsia) para su posterior análisis, como así también la colocación de stent o endoprótesis en las vías urinarias y la extracción de cálculos renales.
3. La intervención enunciada en el punto 1 me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 3.1 Durante el procedimiento se puede experimentar una ligera molestia por el paso del citoscopio por la uretra hacia la vejiga y sensación de ganas de orinar debido al líquido (solución fisiológica) que se inyecta durante el mismo. En el caso de que se tome una muestra de biopsia, se puede experimentar una sensación de pinchazo. Luego de finalizado el estudio puede persistir ardor durante la micción en los días siguientes.
 - 3.2 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - 3.2.1 **Frecuentes:** Sangrado por orina transitorio, inflamación, infección urinaria, retención aguda de orina.
 - 3.2.2 **Menos frecuentes:** Perforación uretral o vesical, falsa vía y estrechez de uretra, síndrome de reabsorción líquida (debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo).
 - 3.2.3 **Infrecuentes pero Graves:** Infección generalizada.
4. Estoy en conocimiento de que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndolo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento diagnóstico propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo; especialmente se me ha advertido que si me

opongo a su realización existen altas chances de no realizar un diagnóstico de la enfermedad que padezco.

8. Se me ha informado acerca de las alternativas diagnósticas, puntualizándoseme que en mi caso no existe alternativa eficaz y que las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.
9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el estudio, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
11. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:
12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: