

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLOCACIÓN DE CATÉTERES URETERALES ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:   |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El catéter ureteral es una sonda de fino calibre diseñado para ser colocado dentro del uréter (generalmente desde la vejiga (catéter "doble J") o hasta el exterior (catéter simple), y diagnosticar la existencia de determinadas enfermedades del uréter o sus alrededores así como permitir el paso de la orina del riñón al exterior en caso de que exista un obstáculo que dificulten esta función.

La finalidad puede ser por tanto desobstructiva y/o diagnóstica

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El catéter simple se coloca siempre de forma temporal y por breve espacio de tiempo, por el contrario el catéter "doble J" puede indicarse de forma indefinida en raros casos, o con carácter temporal, en períodos de 1 a 6 meses, para el tratamiento con ondas de choque de los cálculos de riñón o uréter, o para la recuperación del funcionamiento de un riñón dilatado por diversas enfermedades.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Infección urinaria.
2. Obstrucción. En caso de "doble J" es necesaria su retirada y sustitución si precisa continuar llevándolo.
3. El catéter "doble J", por su larga permanencia, puede facilitar la formación de cálculos.
4. Puede no quedar en la situación exacta deseada y ser necesaria su recolocación. En el caso del catéter "doble J" puede incluso precisar alguna intervención endoscópica o por cirugía abierta para su extracción.
5. Perforación del uréter.
6. Rotura del catéter.
7. Hematuria: Pérdidas de sangre con la orina, que en algunas ocasiones puede ser intensas o persistentes y requerir transfusión de sangre.

8. Alteraciones hemodinámicas, incluso SHOCK, por efecto del anestésico local y/o reacción vagal.
9. Molestias vesicales del tipo cistitis.
10. En algunos casos, se ha hecho espontáneamente un nudo sobre sí mismo y ha sido necesaria una intervención para extraerlo.
11. En el 100% de los portadores de catéter ureteral “doble J” se produce un reflujo vesicoureteral, consistente en el ascenso de orina hacia el riñón durante la micción, pudiendo provocar alguna molestia en la región anal.
12. Fracaso de la técnica siendo necesario un segundo intento diferido u otro tipo de intervención.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>  |            |              |              |
| <b>D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>  |            |              |              |
| <b>D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |