

<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 LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE 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

Consiste en la fragmentación de cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Los fragmentos del cálculo son eliminados de forma espontánea junto con la orina.

Esta técnica constituye actualmente el método ideal para el tratamiento de la mayoría de los cálculos debido a su facilidad de aplicación, menor invasividad y número de complicaciones, con respecto a la cirugía clásica.

Este procedimiento se realiza de forma ambulatoria sin necesidad de anestesia o con anestesia locorregional (excepto niños) por su buena tolerancia, aunque en algunos casos es preciso el uso de sedo-analgésia para mitigar el dolor que pueda existir.

Algunos pacientes pueden requerir más de una sesión de tratamiento dependiendo fundamentalmente del tamaño y la dureza del cálculo.

Asimismo en otras ocasiones, se precisará de la previa colocación de un catéter (interno o externo) Se considerará la ausencia de embarazo en mujeres de edad fértil (riesgo de irradiación para el feto).

### 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

Terapia médica. Cirugía abierta o percutánea.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Eliminación de el / los cálculos urinarios.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

### RIESGOS FRECUENTES

1. Aparición de náuseas y vómitos que pueden precisar ingreso hospitalario.
2. Macrohematuria transitoria que desaparece de forma progresiva-
3. Hematoma renal o perirrenal, que puede requerir incluso cirugía urgente.
4. Dolor marcado y enrojecimiento en la zona por donde penetran las ondas de choque.
5. Cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos del cálculo.
6. La obstrucción urinaria ureteral por fragmentos puede requerir maniobras instrumentales complementarias.
7. Presencia de infección urinaria.
8. Hipertensión arterial.

9. Alteración de la función renal.

**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>			
D/D <sup>a</sup>			
<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>			
D/D <sup>a</sup>			
<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>