

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE URETERORRENOSCOPIA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una *exploración endoscópica del uréter* y en ocasiones de la pelvis renal.

Se realiza introduciendo por uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter.

Su realización requiere de anestesia regional o general.

Está indicada para el estudio de alteraciones uréter-pelvis, no aclaradas por los métodos radiológicos convencionales o como terapéutica alternativa de algunos procesos.

En algunos casos es posible realizar en el momento de la exploración el tratamiento de la patología o alteración que se encuentre (resección de un tumor de uréter o extracción de un cálculo).

En otras ocasiones esta exploración nos dará información para decidir abordaje posterior del problema mediante otras técnicas.

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

Las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad uretral.
2. En algunos casos, resolver dicha enfermedad, por vía endoscópica (ejemplo, extraer un cálculo)
3. Si la afección no puede resolverse por vía endoscópica puede ser necesario, en el mismo acto quirúrgico con la misma anestesia, realizar una exploración quirúrgica abierta, con las complicaciones inherentes al procedimiento que se realice.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

RIESGOS FRECUENTES

1. Imposibilidad de realizar ureterorrenoscopia por causas diversas (estenosis uretral o ureteral, hemorragia, etc.).
2. Rotura de instrumentos o de catéteres quedando restos en el interior de la vía y que precisan de otras maniobras o intervenciones para su extracción.
3. Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc.
4. Perforación uretral, con extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, etc.).
5. De inserción del uréter de vejiga, total o parcialmente, que puede requerir de reanastomosis quirúrgica del

C. INFORMADO DE URETERORRENOSCOPIA

mismo.

6. Fibrosis reactivas y estenosis ureterales, a largo plazo.
7. Cólicos renales, fragmentos litíasicos, coágulos de mucosa.
8. Perforación de víscera hueca.
9. Perforaciones vasculares, con importante hemorragia, y las complicaciones de la misma.
10. Perforación vesical.
11. Estenosis uretral.
12. Septicemia, inherente a todo acto endoscópico urológico.

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

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA