

 Centro de Especialistas en Urología S.A	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE PROCEDIMIENTOS DE UROLOGIA	CODIGO: FORC11	
		Versión 8	
		Pág. 1 de 2	

Yo _____, identificado con C.C. _____ de _____ actuando en nombre propio o como representante legal de _____, DECLARO que he manifestado mis antecedentes médicos, y he realizado la preparación correspondiente. Acudo libremente a la realización del procedimiento que señalo a continuación:

URETROSCOPIA Y/O CISTOSCOPIA: Es un examen invasivo que sirve para visualizar el tracto urinario inferior y puede ocasionar en las primeras 4 horas algunas molestias	DILATACIÓN: Es un procedimiento en el cual con instrumentos adecuados se dilata la uretra con fines terapéuticos, y puede ocasionar en las primeras 4 horas algunas molestias
INSTILACIÓN VESICAL: Es un procedimiento en el cual se introduce a través de una sonda a la vejiga diversas preparaciones con el fin de dar manejo a varias patologías, entre ellas la cistitis, el carcinoma de vejiga, infecciones etc, y puede ocasionar en las primeras 4 horas algunas molestias	FULGURACIÓN: Es un procedimiento terapéutico en el cual se utiliza el electro bisturí para fulgurar las lesiones verrugosas producidas por el Virus del Papiloma humano, y puede ocasionar en las primeras 4 horas algunas molestias* como dolor de varias intensidades en el sitio de la fulguración y luego el efecto de quemadura.
CAMBIO DE SONDA VESICAL : Es un procedimiento que consiste en el retiro y cambio de una sonda hasta la vejiga a través de meato uretral con fines diagnósticos y/o terapéuticos	

Existen posibles efectos colaterales, riesgos o molestias como son:

- Frecuente deseo de orinar
- Ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Fiebre y/o escalofríos
- Retención urinaria
- Infección urinaria

BENEFICIOS:

- El someterse a cualquiera de los procedimientos anteriormente mencionados, permitirá que el paciente sea diagnosticado a tiempo o encuentre mejoría según la gravedad del caso.

Si existe otro tipo de síntoma debe comunicarse con el médico urólogo que le practico el procedimiento al teléfono 6217017, si no es posible dicha comunicación acuda al servicio de urgencia al cual su EPS o medicina prepagada este afiliada.

Por último tengo derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento. El presente documento lo firmo de forma libre y manifiesto que he comprendido toda la información suministrada de manera integral.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PRACTICA DE
PROCEDIMIENTOS DE UROLOGIA**

CODIGO: FORC11

Versión 8

Pág. 2 de 2

DATOS CLINICOS

LABORATORIOS:

PARCIAL DE ORINA: NORMAL: ANORMAL: Describa en caso que la respuesta sea anormal:

Leí la información sobre complicaciones y conductas a seguir si se presentan: SI NO

COMPLICACIONES: SI NO En caso afirmativo describa la conducta que siguió posterior a la complicación

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO