



CONSENTIMIENTO INFORMADO URETRO-CISTOGRAFIA

H.CI.FO.138.0310.01

INFORMACION

Tiene como finalidad la repleción, con medio de contraste, de la vejiga urinaria para diagnosticar alteraciones que pueden afectar al aparato urinario (malformaciones, reflujo vesicoureteral, etc.).

El paciente pasa a la sala de exploración donde se le practica una radiografía de abdomen.

Luego se introduce una sonda de plástico blanda por la uretra y se vacía la vejiga. A continuar se empieza a rellenar con la sustancia del contraste realizando radiografías de llenado por la uretra.

Después el paciente micciona y se le practican radiografías durante la micción. La exploración dura, aproximadamente, 30 minutos.

Al paciente se le puede indicar, por el médico peticionario o ejecutante, la administración de antibióticos para evitar posibles infecciones. No precisa ningún cuidado especial.

ALTERNATIVAS:

La ecocistografía o la Cistografía isotópica. Esta última es una técnica de Medicina Nuclear. La primera no irradia y la segunda irradia muy poco. Para la calidad y definición de la imagen es muy superior con la Cistografía por lo que cada una tiene su indicación. Su médico remitente ha requerido esta exploración.

RIESGOS FRECUENTES:

Existe, sólo, una pequeña molestia pasajera durante la introducción de la sonda en la uretra. En muy raras ocasiones se producen espasmos pasajeros de la uretra. Estos espasmos pueden hacer difícil la retirada de la sonda.

Puede existir infección urinaria en horas/ días después de la prueba, debido a la manipulación de la vía urinaria. Notará fiebre, malestar y molestias al orinar.

En algún caso excepcional, puede haber un pequeño sangrado por la irritación que provoca la sonda o en casos excepcionales la rotura de la uretra.

Es una técnica que utiliza radiaciones ionizantes por lo que, dada la gran sensibilidad y potencial de vida de la población infantil, se realiza, sólo, cuando hay una indicación precisa.

Reacción adversa al contraste: La sustancia de contraste contiene yodo pero, dado que no se administra por vía venosa, la posibilidad de reacción alérgica es mínimo y, cuando la hay, suele ser leve.

Si le ocurre cualquier reacción mencionada, deberá acudir a su médico general, o llamar a nuestro servicio.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Otros riesgos o complicaciones que puedan surgir, teniendo en cuenta la situación clínica y sus circunstancias personales

AVISENOS SI:

- o Tiene o cree tener ALERGIA AL YODO
- o Está EMBARAZADA
- o Problemas RENALES: insuficiencia, cirugías, etc.
- o Tratamiento de DIABETES con Metformina.
- o Asma o problemas respiratorios.

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que Ud. pudiera tener una infección asintomática COVID19. Debe saber que en caso de que fuera así, y a la luz de las evidencias actuales en estudios y publicaciones preliminares, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada e incluyen entre otras distrés respiratorio moderado o severo que requieran de intubación y ventilación mecánica prolongada, con la mortalidad y complicaciones que se asocian a la misma.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO: Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de URETRO-CISTOGRAFIA y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice la intervención.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA

DOCUMENTO DE DENEGACION/REVOCACION

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y por lo tanto, **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento arriba indicado.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA