



## CONSENTIMIENTO INFORMADO URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA

La Uretrocistografía Retrógrada es un examen que permite estudiar el Sistema Urinario inferior (vejiga y uretra).

Durante el procedimiento se introducirá una sonda a través de la uretra (canal por donde sale la orina) hasta llegar a la vejiga y por ella se instilará medio de contraste yodado y suero hasta llenarla o se instalará medio de contraste en forma directa a través de la uretra según sea la indicación médica. Luego a través de radiografías se obtendrán imágenes de la vía urinaria, permitiendo la visualización de la forma y evaluación de la función de ésta. El medio de contraste yodado no debería producir efectos adversos, ni reacción alérgica, debido a que su uso no es vascular.

**RIESGOS:** Puede sentir una pequeña molestia durante la introducción de la sonda, a pesar de la aplicación de un anestésico local. También puede presentar ardor en las próximas micciones.

En muy raras ocasiones se producen espasmos en la uretra, y pequeños sangrados posteriores al trauma del sondaje.

Ocasionalmente se puede presentar infección urinaria posterior al procedimiento.

Como se trata de un examen que utiliza Rayos X, está prohibido en mujeres embarazadas, pese a la utilización de las dosis más bajas y apropiadas para cada paciente.

**BENEFICIOS:** Este examen puede diagnosticar con bastante precisión el reflujo vesicoureteral, estenosis de la uretra, malformaciones de la vía urinaria baja y otras

NOTA: El paciente no puede estar cursando una infección urinaria activa al momento del examen, por lo cual debe traer un urocultivo de no más de 1 semana de antigüedad y con resultado negativo.

**CONSENTIMIENTO:** Se me ha explicado el procedimiento y su propósito. He comprendido el significado del procedimiento y sus riesgos. Se me ha entregado una copia de este documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y ampliar la información recibida. Me han informado que tengo la libertad de rechazar el procedimiento o de reconsiderar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello altere la calidad de atención que reciba.

Por lo tanto, doy mi consentimiento voluntario para que se me realice el examen de Uretrocistografía Retrograda.

**Paciente:**

**Médico:**

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ (En caso de compromiso de conciencia del paciente o dificultad de entendimiento, debe firmar este consentimiento un representante del paciente)

**Representante del paciente:** Nombre \_\_\_\_\_ Rut \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Revocación

Yo, \_\_\_\_\_ después de ser informado sobre el procedimiento, de sus ventajas y riesgos y de las posibles consecuencias de no hacerlo, manifiesto mi decisión de retirar mi autorización para su realización.

**Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_