



Consentimiento Informado para Urodinamia

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842)

1. Servicio/Subunidad

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas

2. Nombre del Procedimiento

Urodinamia

3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)

4. Descripción del Procedimiento

Para la realización de este examen es necesario instalar una sonda uretral de 2 a 3 mm. de diámetro y otra sonda rectal con un balón de 3 a 4 mm., con el objeto de poder medir las presiones de la vejiga, músculo de la vejiga y del abdomen.

Se instilará suero fisiológico a temperatura ambiente en el interior de la vejiga para realizar las pruebas y mediciones solicitadas por su médico tratante.

El único requisito para la realización de la Urodinamia es que el paciente no presente infección urinaria, por lo que se le exigirá un urocultivo que demuestre esto. En casos excepcionales es posible realizar la Urodinamia bajo tratamiento antibiótico.

Al final del examen se realiza un informe con los hallazgos que serán una herramienta diagnóstica más para la toma de decisión de su médico tratante. La Urodinamia no necesariamente demostrará en todos los casos la causa de los síntomas que se estudian.

5. Objetivos del Procedimiento

Evaluar el funcionamiento del tracto urinario inferior (vejiga y uretra), a través de la interpretación de las presiones determinadas en el estudio.

6. Beneficios Esperados

La obtención de un diagnostico fiable.

7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- Infección del tracto urinario asociada a catéter.
- Hematuria
- Falsa vía

8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- Hematoma.
- Granuloma a cuerpo extraño.
- Dehiscencia de la incisión.

9. Consecuencias Prevesibles de su NO Realización

Enfermedad Renal Crónica no controlada.

10. Tratamiento Alternativo

Las exploraciones radiológicas, ecográficas y cistoscópicas son complementarias.

11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

12. Pronóstico

Bueno ()

Malo ()

Reservado ()

13. Recomendaciones

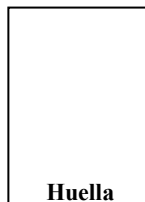


DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

Declaro _____:
Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Urodinamia** sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.
Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Urodinamia**



San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

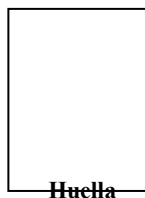
Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Urodinamia** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____