

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento por medio del cual, utilizando un endoscopio se retira un catéter (tubo hueco) interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Está indicado para extraer un catéter de la vía urinaria que ya no es necesario.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección.

Una vez preparado **se introduce un endoscopio** (tubo flexible o semirrígido con cámara de video incorporada) por la uretra hasta llegar a la vejiga. Se extrae el catéter que lleva, junto al endoscopio y finaliza la técnica.

Durante la exploración es posible sentir un cierto grado de molestia o escozor derivado de la introducción del endoscopio pero, en general, es muy bien tolerada. Es recomendable beber abundantes líquidos (si usted NO tiene ninguna contraindicación para hacerlo).

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Escozor al orinar.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** Hemorragia, dolor, infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis, estrechez de la uretra, perforación vesical o ureteral o imposibilidad de extraerlo.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Extraer un elemento ya innecesario en la vía urinaria.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Calcificación del catéter, infección urinaria o precisar una cirugía mayor para su extracción.
6. **Alternativas:** Acceso percutáneo (a través de la piel) para su extracción o cirugía laparoscópica o apertura quirúrgica.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria o estenosis uretrales puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias.

**UROLOGÍA**  
**RETIRADA DE CATÉTER DOBLE J**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento       No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_