



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica que permite visualizar la uretra y la vejiga con el propósito de diagnosticar las causas de las molestias miccionales o de verificar que no existen problemas como estrechez del conducto uretral, crecimiento prostático, sangrado, cálculos, tumores u otras patologías en la vejiga.
2. **¿Cómo se realiza?:** Requiere, en ocasiones, de la administración de un **antibiótico** como profilaxis de una posible infección así como la instilación de **un lubricante anestésico** para facilitar el paso del endoscopio. No precisa de anestesia general aunque, ocasionalmente, pueda ser recomendable para realizar alguna técnica complementaria.

Una vez preparado **se introduce un endoscopio** (tubo flexible o semirrígido con cámara de video incorporada) por la uretra hasta llegar a la vejiga. Tras unos minutos se extrae el endoscopio y la exploración finaliza.

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. Tras la uretrocistoscopia puede ser habitual el sentir un cierto escozor durante algunas horas que suele desaparecer espontáneamente y sin necesidad de medicación alguna. Es recomendable beber abundantes líquidos (si usted NO tiene ninguna contraindicación para hacerlo).

Si usted ha sido diagnosticado/a de un tumor vesical, esta exploración se tiene que realizar de manera repetida (cada 3-6-12 meses o antes en caso de signos de alarma) puesto que estos tumores tienden a aparecer de nuevo con el paso del tiempo lo que hace necesaria una comprobación frecuente del interior de la vejiga. Con este documento usted consiente y autoriza la realización de estos procedimientos necesarios para su seguimiento sin necesidad de firmar más consentimientos específicos para cada una de las uretrocistoscopias necesarias.

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 imposibilidad de realizar la exploración

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El diagnóstico y/o seguimiento de las patologías uretrovesicales.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** No se podrían diagnosticar y/o hacer seguimiento a las patologías antes mencionadas.
6. **Alternativas:** Aunque la ecografía vesical ayuda, en ocasiones, al diagnóstico de litiasis o de tumores vesicales grandes no es capaz de apreciar tumores pequeños o cambios sutiles en las paredes uretrales o vesicales.
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 (estrechez de los uréteres) puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias.

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: _____