

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## URODINAMIA

### **1. Identificación y descripción del procedimiento**

El estudio de Urodinamia es un procedimiento que nos permite valorar el funcionamiento de la vejiga en cuanto a su capacidad para el almacenamiento y vaciamiento de la misma, registra las presiones que maneja la vejiga durante estas dos fases en busca de anormalidades.

### **2. Descripción del Procedimiento:**

Para la realización de la Urodinamia, se requiere la introducción de sondas o catéteres a través de su uretra y recto, lo cual se realiza bajo anestesia local, previa limpieza de su zona genital. Dicho proceso puede producir algunas incomodidades que resuelven espontáneamente.

### **3. Objetivo del procedimiento.**

Evaluar el funcionamiento de la vejiga y su tracto urinario inferior.

### **4. Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

No existen

### **5. Consecuencias previsibles de su realización:**

Posterior a la realización de la urodinamia se puede presentar sangrado con la orina, dolor, ardor al orinar, urgencia urinaria, infección urinaria, incapacidad para orinar

### **6. Consecuencias previsibles de su NO REALIZACION:**

En caso de no realizarse el examen, su evaluación diagnóstica podría quedar incompleta.

### **7. Riesgos:**

Posterior a la realización de este examen, se puede presentar las siguientes molestias al orinar: sangrado, ardor, dolor, dificultad e imposibilidad.

Estos síntomas pueden durar alrededor de una semana, los cuales deben ir desapareciendo progresivamente.

En caso de presentar fiebre o escalofrío se debe consultar a un servicio de urgencias que le corresponda

### **8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.**

-----  
-----  
-----  
-----

## CONSENTIMIENTO

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente

Identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_

Autorizo al doctor \_\_\_\_\_ y su equipo de trabajo del \_\_\_\_\_ para que me realice una URODINAMIA y en caso de ser necesario tome las medidas y conductas médicas necesarias para salvaguardar mi integridad física de acuerdo a como se presenten las situaciones dentro de mi proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Cedula \_\_\_\_\_

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

## REVOCACION

Una vez leído y entendido el documento anterior y habiendo tenido la posibilidad de aclarar mis dudas con personas idóneas para ello yo como paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO al doctor \_\_\_\_\_ y su equipo  
de trabajo del \_\_\_\_\_ para que me  
realice una URODINAMIA y en caso de ser necesario tome las medidas y conductas  
médicas necesarias para salvaguardar mí integridad física de acuerdo a como se  
presenten las situaciones dentro de mí proceso quirúrgico.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá el día \_\_\_\_\_ del  
mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Cedula \_\_\_\_\_

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Médico

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_