



FICHA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOGRAFÍA - CUMS

etiqueta

- ¿Le han realizado estudios con contraste? SI NO
- ¿Tuvo alguna reacción a contraste? SI NO
- ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos u otras sustancias? ¿Cuáles? _____ SI NO
-
- ¿Padece alguna enfermedad del corazón, asma o insuficiencia renal? ¿Cuáles? _____ SI NO
-
- En caso de mujeres, ¿posibilidad de estar embarazada? SI NO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La cistografía es por criterio médico, la mejor prueba para el estudio de su problema de salud; existen otras exploraciones radiológicas, endoscopias o exploraciones quirúrgicas que pueden proporcionar información sobre su enfermedad, pero se ha considerado que la información más precisa la dará esta exploración. Esta técnica permite después de colocar una sonda en la uretra, inyectar contraste y rellenar la vejiga urinaria, para su valoración. También, si se solicita en la petición clínica, se puede realizar un estudio de la uretra durante la micción (CUMS).

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Irradiación: Esta técnica utiliza radiaciones ionizantes, por lo que conlleva un riesgo de superar los valores de dosis umbral de radiación, y puede producir efectos deterministas atribuibles a la exposición a la radiación. No está indicada en embarazadas.

Reacción al contraste yodado: La posibilidad es mínima al no administrar el contraste por vía intravenosa.

Durante la exploración puede sentir molestias leves cuando se coloca el catéter y se inyecta el medio de contraste, pero no son de mucha duración.

Si se produjera alguna complicación, este Servicio dispone de personal y medios adecuados para atenderle en todo momento. Hoy en día no hay prueba que permita conocer de antemano que personas pueden sufrir una reacción adversa ni de que intensidad.

Si después de leer detenidamente este consentimiento necesita aclarar alguna duda o mayor información, no dude en solicitarlo *al médico radiólogo responsable de su exploración o al personal que le atiende en nuestro centro.*

Declaro que he comprendido el contenido de la información que he leído y se me explica, y de la adicional que solicito, así como de los riesgos que de la exploración se pueda derivar, incluso de aquellos que, aunque infrecuentes, tienen consideración clínica de muy graves. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento sin dar explicación.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA CISTOGRAFÍA – CUMS SI NO

PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

MEDICO RESPONSABLE

Nombre:

Nombre:

DNI:

Nº Colegiado:

Firma:

Firma:

A cumplimentar por personal del CEDIV, datos clínicos o comentarios:

URGENTE 24HS 2-6 DIAS (Vendrá a buscar la prueba el día (/ /) 1 SEMANA