



CATALINA OSORIO
Uróloga

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 anomalías.

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.

2. Objetivo del procedimiento:

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

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

No existen

4. Consecuencias previsibles de su realización :

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

5. Consecuencias previsibles de su **NO REALIZACION** :

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

6. 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

Avenida Juan B. Gutierrez # 18 - 60
Consultorio 908. Edificio Oval Médica



3153353576



info@catalinaosorio.com



catalinaosorio.com



CATALINA OSORIO
Uróloga

7. 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** a la doctora **CATALINA OSORIO** 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 Pereira el día ____ del mes _____ del año _____

Paciente

Nombre _____
Cedula _____




Testigo

Nombre _____
Cedula _____
Parentesco _____

Médico

Nombre _____
Cédula _____
Sello _____

Avenida Juan B. Gutierrez # 18 - 60
Consultorio 908. Edificio Oval Médica

 3153353576
 info@catalinaosorio.com
 catalinaosorio.com



CATALINA OSORIO
Uróloga

REVOCACIÓN

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** a la doctora **CATALINA OSORIO** 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 Pereira el día ____ del mes _____ del año _____

Paciente

Nombre _____
Cedula _____




Testigo

Nombre _____
Cedula _____
Parentesco _____

Médico

Nombre _____
Cédula _____
Sello _____

Avenida Juan B. Gutierrez # 18 - 60
Consultorio 908. Edificio Oval Médica

 3153353576
 info@catalinaosorio.com
 catalinaosorio.com