



CATALINA OSORIO  
Uróloga

## CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSCOPIA / URETROCISTOSCOPIA

### 1. Identificación y descripción del procedimiento :

La cistoscopia o uretrocistoscopia es un examen que permite observar directamente la uretra en toda su extensión, el cuello vesical y todo el interior de la vejiga, a través de un instrumento óptico (lente). Dado que es indispensable asegurarse de la ausencia de infección de la vía urinaria antes del examen, es requisito indispensable para la realización de esta el tener un examen de orina reciente que descarte la infección

### 2. Objetivo del procedimiento:

Valorar la anatomía de uretra, próstata y vejiga

### 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

No existe otro examen que reemplace este estudio .

### 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 la cistoscopia se puede presentar las siguientes molestias al orinar: sangrado, ardor, dolor, dificultad e imposibilidad. Igualmente existe el riesgo de lesión de la uretra.

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 **CISTOSCOPIA** 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 CISTOSCOPIA 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

