

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

1. *Mediante este procedimiento se pretende drenar adecuadamente el riñón.
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.*
2. *El médico me ha explicado que el procedimiento normalmente no requiere la administración de anestesia general.*
3. *Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se coloca un catéter interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables.
Está indicada para resolver problemas de obstrucción del uréter.
Previo a la exploración o en el momento de ella, se me podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección.*
4. *Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como hemorragia, tanto durante el acto como después cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse; síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es infrecuente; infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles; perforación ureteral con riesgo de sangrado, infección, reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias imprevisibles, que pueden precisar nueva intervención o manipulación.
El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.*
5. *El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como*

*_____ aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.
También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como*

6. *El médico me ha explicado que las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo de riñón, pero que en mi caso lo más aconsejable es la colocación de doble J.*

Firma médico e interesado/s en todas las páginas

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis

Consentimiento Informado Colocación doble J

familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a COLOCACIÓN DOBLE J.

En _____, a ____ de _____ de _____

| | |
|---|---|
| PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo. | MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo. |
|---|---|

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, _____ Don / Doña _____

con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a ____ de _____ de _____

| | |
|---|---|
| PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo. | MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo. |
|---|---|

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.