

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.
Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en conocer la capacidad de almacenamiento y evacuación de la vejiga, mediante el registro de las presiones que se producen al introducir líquido en la vejiga a través de una sonda. Y sirve para diagnosticar el estado de funcionamiento de la vejiga y esfínteres.

CÓMO SE REALIZA

Para este procedimiento no suele ser necesario el ingreso hospitalario. Se realiza con anestesia local (gel anestésico) para disminuir las molestias al introducirle las sondas que son de pequeño calibre y se precisan en el estudio. Se colocan una en la vejiga y otra en el recto, con unos electrodos adhesivos para medir la presión de vejiga, uretra, recto y la actividad eléctrica de los esfínteres.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Es un procedimiento de bajo riesgo, tras el estudio puede notar molestias para orinar (dolor, escozor, sensación de urgencia al orinar, sangre en la orina) que son leves y ceden con analgésico y antibiótico.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Facilita el diagnóstico de la causa o el tipo de enfermedad que le afecta.

OTRAS ALTERNATIVAS

No hay otra prueba alternativa a este estudio. El resto de pruebas radiológicas, analíticas y neurológicas son complementarias.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- *Molestias urinarias secundarias al sondaje.*
- *Infección urinaria.*
- *Presencia de sangre en la orina (hematuria).*

➤ **LOS MÁS GRAVES:** *Suelen ser los menos frecuentes.*

- *Reacción vagal con mareo o lipotimia, de intensidad y gravedad variable.*
- *Inflamación e infección testicular*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida*
- *Reacciones alérgicas o efectos secundarios a los medicamentos que es preciso administrarle.*

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.).

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

Consentimiento

Informado *Estudio urodinámico*

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 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 riegos 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 **ESTUDIO URODINÁMICO**.

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

Consentimiento Informado *Estudio urodinámico*

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.