

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

Los datos personales se recaban al final del documento

1. *Mediante este procedimiento se pretende derivar la orina del riñón obstruido, realizar estudios para diagnosticar la causa de la obstrucción y en caso necesario, aplicar tratamientos a través de la misma.*

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2. *El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia local.*
3. *Mediante esta técnica se coloca un catéter de fino calibre en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar con dos finalidades: evacuar la orina de un riñón que tiene dificultades para hacerlo por su vía natural (uréter) por obstrucción, cálculos, infección, etc. he introducir contraste para estudiar su morfología o tomar presiones dentro del órgano para valorar su funcionalismo y recuperación después de corregir la enfermedad*

Se que la intervención se realiza con anestesia local en la zona de punción y del trayecto del catéter hasta entrar en el riñón.

El médico me ha dicho que el tiempo de permanencia de este catéter es variable dependiendo del motivo por el cual fue colocado. Con fines diagnósticos suele estar alojado pocos días. Con fines terapéuticos puede dejarse varias semanas para mejorar o recuperar la función del riñón. También comprendo que en algunos casos esta nefrostomía es la forma definitiva de mantener la función del riñón y que en estos supuestos habitualmente se coloca una sonda más gruesa.

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 la imposibilidad de llevar a cabo la punción; reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico de graves consecuencias (incluida la muerte); reacciones vagales: lipotimias, paradas cardiorrespiratorias; sépsis; perforación de asa intestinal, vía biliar u otros órganos con el consiguiente riesgo de peritonitis y hemorragia; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; rotura de instrumentos o de catéteres, quedando restos en el interior de la vía y que precisen de otras maniobras o intervenciones para su extracción.*

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 otra alternativa es la nefrostomía por cirugía abierta, pero que en mi caso la mejor opción es la nefrostomía percutánea.*

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.

Consentimiento Informado Nefrostomía percutánea

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 NEFROSTOMIA PERCUTANEA.

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.