

Nombre Paciente: _____ C.C. _____ De: _____
Nombre Acompañante: _____ Fecha: _____
Médico Remitente: _____

La Cistoscopia y/o calibración uretral es un examen invasivo del tracto urinario inferior y puede ocasionar en las primeras 4 horas algunas molestias tales como:

- Frecuente deseo de orinar
- Ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Infección urinaria

En caso de presentar los siguientes síntomas:

- Fiebre y/o escalofríos
- Abundante cantidad de sangre en la orina
- Retención urinaria

Debe comunicarse con el médico urólogo que le practicó su examen al teléfono 6217017, si no es posible dicha comunicación acuda al servicio de urgencia al cual su E.P.S o Medicina Prepagada esté afiliada.

Entidades a las cuales están afiliadas las E.P.S para el servicio de urgencias:

Hospital San José
Clínica Partenón.
Hospital San Ignacio
Epsiclínica (si pertenece a Colseguros E.PS)
Fundación Cardio Infantil

Entidades adscritas a las Medicinas prepagadas:

Clínica del Country.
Clínica de Marly.
Clínica Palermo.

Pacientes Particulares:

Clínica del Country.
Clínica de Marly.
Clínica Palermo.

Estoy de acuerdo con estas indicaciones, autorizo a que se me practique este procedimiento de cistoscopia.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

DATOS CLINICOS

LABORATORIOS:

PARCIAL DE ORINA: NORMAL:

ANORMAL:

Describa en caso que la respuesta sea anormal:

Recibió explicación sobre complicaciones y conductas a seguir si se presentan, por parte del médico: SI

NO

COMPLICACIONES: SI

NO

En caso afirmativo describa la conducta que siga posterior a la complicación:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO