

NOMBRE: _____ con C.C. _____ de _____

EDAD: _____ FECHA: _____ HORA: _____

ENTIDAD: _____

MEDICO REMITENTE: _____ Practica Procedimiento el Doctor(a). _____

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a los médicos urólogos de **CEUSA** a que me realicen el procedimiento denominado **URODINAMIA**.

La **URODINAMIA** es un estudio mediante el cual se evalúa el funcionamiento del tracto urinario bajo (vejiga, esfínteres y uretra). Es un examen invasivo, donde se colocarán sondas uretrales y rectales, con las que se registraran las presiones intravesicales e intra-abdominales, el examen tiene una duración aproximada de hasta treinta minutos y generalmente no es doloroso, pero es molesto.

Existen algunas complicaciones que se presentan en menos del 1% de los casos, como son infección urinaria, orina con sangre, fiebre y escalofríos así como otras no previsibles.

En caso de presentar cualquiera de las anteriores complicaciones debe asistir al servicio de urgencias más cercano, correspondiente a su entidad promotora de salud (EPS) e informar a **CEUSA** al PBX: 6217017. En casos severos puede requerirse hospitalización pero es muy poco frecuente.

Se me han explicado los casos en los cuales no se puede realizar el procedimiento como son: embarazo, enfermedad vascular, cardiaca, infección urinaria activa, estrechez uretral y consumo de anticoagulantes como son warfarina y heparina.

Certifico que he entendido claramente este documento por lo cual firmo voluntariamente asumiendo los riesgos, quedando eximidos de toda responsabilidad por complicaciones no previsibles **CEUSA** y los profesionales que realizan los procedimientos.

DATOS CLÍNICOS**LABORATORIO:**

PARCIAL DE ORINA: _____

PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN:

¿SE REALIZÓ EL LAVADO RECTAL?: SI _____ NO _____

¿TOMO EL MEDICAMENTO QUE LE FUE INDICADO EN LA PREPARACIÓN PARA ESTE EXAMEN?: SI _____ NO _____

COMPLICACIONES INMEDIATAS:

- Sangrado
- Obstrucción Urinaria
- Infección
- Urgencia Urinaria.

NOMBRE Y FIRMA PACIENTE_____
NOMBRE Y FIRMA ACOMPAÑANTE_____
FIRMA MEDICO UROLOGO