

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Objetivo

La cistoscopia es una técnica que pretende la visualización de la pared de la vejiga y de la uretra.

### Características

La vejiga es el depósito en el cual la orina proveniente de los riñones es guardada antes de ser evacuada por una micción y la uretra es el canal de salida de la vejiga.

Este examen se practica usualmente de manera ambulatoria con anestesia local tópica (endogel). Se efectúa posterior a comprobar que no existe infección urinaria.

El cistoscopio es un tubo delgado que termina con una lente conectada a una fuente de luz; este se introduce en la vejiga por el meato urinario luego pasa al canal de la uretra y llega a la vejiga.

En el hombre el paso del instrumento puede ser percibido a nivel del esfínter y de la próstata, a pesar de la anestesia local.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, uso de anticoagulantes, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos en uso o cualquier otra circunstancia. También se me ha informado que en el caso de ser diabético, hipertenso u obeso, puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

### Riesgos

Después de la cistoscopia puede sentir necesidad urgente de orinar durante algunas horas y una sensación de ardor al orinar.

A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden presentarse algunas complicaciones como: hemorragia urinaria transitoria, infección urinaria, perforación, dolor.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de las formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos del procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CISTOSCOPIA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal