



CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA (CUMS)

Don/Doña.....,

con D.N.I./Pasaporte nº.....como representante y/o tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

He sido informado de forma satisfactoria por el médico especialista, de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

¿Qué le vamos a hacer?

Esta prueba sirve para visualizar la uretra y la vejiga. Al principio de la prueba se realiza una radiografía para comprobar si no hay nada que impida hacerle la prueba (resto de contraste de exploraciones anteriores...) Después se coloca una sonda vesical a través de la cual, se introducirá el contraste. Al finalizar la prueba, se le retira la sonda y podrá orinar.

Esta exploración tiene una duración aproximada de 45 minutos.

¿Qué riesgos tiene?

Para la realización de esta prueba, se utilizan rayos X. Con los aparatos y técnicas actuales, la cantidad de radiación que se recibe es muy pequeña. Es un procedimiento benigno que, en general, carece de complicaciones. En casos muy excepcionales, puede existir paso de contraste a una vena con el consiguiente riesgo para pacientes alérgicos al yodo, o perforación de la uretra en un sondaje dificultoso o rotura vesical.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas

.....
.....
.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos, le atenderemos con mucho gusto.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD 3/2018 de 5 de diciembre, se informa que sus datos personales pertenecen al fichero de Historias Clínicas del centro con máximo nivel de protección. Sólo el personal médico titulado puede acceder y tratar esta información, así como la Gerencia limitado a su custodia y almacenamiento.

Firma del paciente/Representante y/o tutor

Madrid, a

Firma del médico que informa



REVOCACION

Don/Doña....., de..... años de edad, con domicilio en..... y D.N.I./ Pasaporte nº.....

Don/Doña.....de años de edad. Con domicilio en..... y D.N.I./Pasaporte nº..... En calidad de representante legal, familiar o allegado de

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir la prueba, que doy con esta fecha por finalizada.

Fdo.: El/La Médico

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante/tutor