

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA CON
LÁSER**

Ciudad:

...../...../20.....

1. Yo..... hago saber que me fue explicado en términos claros y sencillos los alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto conocido como **TRATAMIENTO CON LÁSER DE LA INCONTINENCIA URINARIA.**
2. El procedimiento me ha sido totalmente explicado por el/la profesional interviniente, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo. Se me ha explicado y he comprendido que la terapia con láser para la incontinencia urinaria es un procedimiento ambulatorio, que provoca la estimulación fototérmica no ablativa de la mucosa vaginal, en la que el calentamiento producido por el láser favorece la formación de nuevo colágeno, generando un efecto de contracción y tensado en la fascia endopélvica, lo cual contribuye a mejorar el funcionamiento de los músculos de la vejiga.
3. Fui informada y he comprendido que los resultados esperados del procedimiento pueden variar de un paciente a otro, dependiendo esto de distintos factores, los cuales me han sido explicados detalladamente.
4. Confirmando que no estoy embarazada en este momento, no soy portadora de marcapasos o desfibrilador interno, y he sido informada de todo lo que puedo y no hacer antes, durante, y después del tratamiento.
5. Se me ha explicado que existen otras alternativas al procedimiento propuesto, siendo para mi caso particular, éste el procedimiento indicado. Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las cuales me han sido respondidas en forma satisfactoria
6. Asimismo, se me ha explicado y he comprendido que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias a todo procedimiento invasivo, así como aquellas relacionadas con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me fueron mencionadas alguna de las complicaciones que podría presentar: reacción alérgica al anestésico local, quemaduras accidentales, infección, ineficacia del tratamiento.
7. Fui informada que para la realización del procedimiento es necesario la administración de anestesia local cuyos riesgos me han sido explicados y he comprendido en su totalidad.
8. Se me ha explicado y he comprendido que durante el procedimiento pueden surgir imprevistos que obliguen a tener que modificar la forma de llevar a cabo el mismo, o bien utilizar variantes de este no contempladas inicialmente
9. Soy consciente que la práctica de la Medicina, no es una ciencia exacta, y que, pese a que el profesional me ha informado adecuadamente el resultado deseado del procedimiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado evolutivo del procedimiento efectuado, cumpliendo fielmente las indicaciones brindadas por el profesional durante todo el tiempo que el mismo así lo considere.
11. Doy fe de no haber omitido o alterado ningún dato al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.
12. Manifiesto ser alérgico/a
13. Autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga con absoluta reserva de mi identidad

14. Habiendo leído detenidamente este documento, el cual declaro haber comprendido acabadamente, autorizo al Dr./a..... y a su equipo a efectuar el procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Aclaración.....

DNI.....

Firma y sello del Profesional.....