

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PROSTÁTICA ECOGUIADA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos de paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende tomar muestras de tejido prostático y evitar una intervención quirúrgica abierta y evitar complicaciones propias de una cirugía.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la biopsia prostática es un procedimiento invasivo que busca tomar muestras a la próstata.
- Se realiza vía transrectal para estudio microscópico. Una biopsia negativa no excluye completamente un cáncer.
- Este procedimiento es generalmente ambulatorio, aunque ocasionalmente es necesario hospitalizar al paciente si el caso lo amerita.
- El procedimiento es realizado vía transrectal con anestesia local, y bajo visión ecográfica. Por lo general se toman entre 10 y 12 muestras.
- Cabe la posibilidad que durante la biopsia prostática haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. Sangramiento el cual se puede manifestar a través de la orina, semen o deposiciones, este se produce aproximadamente en el 50% de los pacientes y es autolimitado, al presentarse debe el paciente tomar abundante líquido y hacer reposo. 2. Prstatitis aguda (sepsis urinaria), esta es una complicación grave que requiere hospitalización y el uso de antibióticos endovenosos para su tratamiento, la frecuencia de ésta es menor al 1% gracias a la prevención mediante la limpieza del recto con un enema evacuante (fleet enema) y al uso de antibióticos orales antes y posterior al procedimiento.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.
- Luego de realizar la biopsia es aconsejable que el paciente esté en reposo domiciliario durante el resto del día y mantenga una dieta liviana con abundante líquido.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha