

Consentimiento informado

Biopsia percutánea bajo TAC o ecografía

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Una Biopsia consiste en la obtención de pequeños fragmentos de uno de sus órganos internos para analizarlos posteriormente. Para obtener en forma precisa estos fragmentos, nos servimos de la ecotomografía y/o la tomografía computada (TAC). Así, guiamos una aguja especial, la cual será introducida en la piel en un sitio elegido específicamente para llegar con mayor facilidad y menor riesgo hasta la lesión o el órgano a biopsiar.

El procedimiento se lleva a cabo en una sala de ecotomografía o de TAC, que está capacitada para realizar estas técnicas. Requiere anestesia local en el punto de punción y dura aproximadamente una hora. Ocasionalmente, dependiendo del tipo y ubicación de la lesión a biopsiar, es necesario el apoyo del servicio de anestesiología para administrarle sedación o anestesia general, lo cual será debidamente informado antes del procedimiento.

Se verificará el estado de su coagulación por lo que deberá hacerse algunos exámenes de sangre antes del procedimiento. El personal médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado tanto en lo que respecta a la técnica como en el manejo de las imágenes.

No obstante, en ocasiones pueden producirse complicaciones, siendo la hemorragia la más importante. Si su biopsia es torácica (pulmonar, pleural o mediastínica), la complicación más frecuente es el escape de aire del pulmón (neumotórax), siendo este escape generalmente mínimo y sin consecuencias. No obstante, en ocasiones puede ser de mayor cuantía, lo que le provocará dificultad para respirar, necesitando instalación de un tubo de drenaje a través de la pared del tórax para sacar este aire.

Nuestra clínica dispone de los medios e infraestructura necesaria para poder garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: