

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PROSTÁTICA

Nº Historia:

D.: años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº

D./Dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a realizar una BIOPSIA PROSTÁTICA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende poder diferenciar entre enfermedades benignas y aquellas que no lo son, es decir, determinar si existe o no un cáncer de próstata.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos y didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica, pinchando a través del recto o bien el periné, que es la zona situada entre los testículos y el ano, se introduce una sonda de ultrasonidos por vía rectal para visualizar la próstata. Con una aguja fina de biopsia se punciona la próstata y en ocasiones tejidos de alrededor de la próstata como las vesículas seminales.

4.- 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, entre los primeros, aparte las reacciones al anestésico local, sepsis e infección generalizada, y entre las complicaciones locales, hematoma en la zona de intervención, hematuria o sangre en la orina, infección o dificultad miccional, uretrorragia o aparición de sangre en el orificio uretral y rectorragias o aparición de sangre por el ano.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

6.- El médico me ha explicado que no existe otra alternativa más eficaz, ya que los marcadores prostáticos y las exploraciones radiológicas y ecográficas son complementarios.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice BIOPSIA PROSTÁTICA.

En

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado