

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- La biopsia bajo visión ecográfica es un procedimiento diagnóstico, que se emplea para analizar el tejido de algún órgano del cuerpo (como: hígado, riñón, bazo etc.) y entrega información sobre una gran cantidad de enfermedades que los afectan.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- El examen consiste en obtener un pequeño trozo de tejido del órgano enfermo mediante una punción con una aguja especial para este efecto, el cual será posteriormente estudiado con microscopio por un médico especialista (anatomopatólogo).
- Durante el procedimiento se utiliza un aparato de ecografía el cual permite ver el avance de la aguja en el órgano a estudiar y realizar la biopsia en el lugar preciso.
- El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos y se realiza con anestesia local donde se “duerme” sólo la zona de la biopsia. En el caso de pacientes con algún grado de alteración de conciencia o en niños se usará anestesia general (el paciente se duerme completamente), previo acuerdo con el paciente y/o sus familiares directos. Para administrar anestesia general deberá llamarse a un médico anestesista.
- Posteriormente y bajo control eco gráfico se puncionará el órgano a estudiar con la aguja de biopsia especial lo cual no debería darle mayores molestias.
- Finalmente, deberá guardar reposo absoluto por 24 horas.

### RIESGO GENERALES Y ESPECÍFICO

- Puede que después de algunas horas sienta alguna molestia en el sitio de la biopsia por lo que se le dejará medicamentos que se le administrarán en caso de dolor.
- Aunque son poco frecuentes algunas complicaciones pueden producirse durante o después del procedimiento. Una de ellas es la hemorragia o sangramiento que pueden ser leve y no requerir ningún tratamiento o ser graves y necesitar la administración de medicamentos o incluso una operación.
- Otra complicación, rara es la infección, aunque todo el material usado en el procedimiento es estéril y la aguja de biopsia es desechable y de un solo uso, una contaminación directa de la zona puncionada no es imposible y debe tenerse presente. La infección es una complicación de cuidado que debe ser tratada con medicamentos (antibióticos), puede prolongar la hospitalización y eventualmente requerir una operación.
- Si antes de firmar la autorización informada desea más información, no dude en pedirla al equipo médico.

### 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.
- Doy mi conformidad para que las imágenes radiológicas que se tomen en el curso de la exploración, puedan examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para un adecuado diagnóstico.
- 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 .....