



UROCENTRO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIADA

La ecografía transrectal con biopsia: Puede ser entendida como el procedimiento para la visualización de la próstata con la ayuda de un equipo de Ecotomografía y mediante el cual, por un transductor transrectal se realiza la introducción de un punzón a través del ano que una vez activado, busca atravesar la pared del intestino y penetrar finalmente la próstata para obtener muestras para biopsias que serán analizadas posteriormente por otro facultativo competente. Ningún médico puede asegurar completo éxito y ausencia de complicaciones, las que si bien son poco habituales, pueden implicar infección local o sistemática, sangramiento anal, en la orina y en el semen, generalmente transitorios y por lo mismo en dicho caso no requieren de otro tratamiento.

1.- Por la presente YO:

Nombre de Paciente:.....

Edad:.....

C. Identidad:.....

Domicilio:.....

Fono:.....

Diagnostico:.....

En plena posesión de mis facultades intelectuales solicito y autorizo al Dr.:....., para que me efectuó este examen, los tratamientos y/o intervenciones adicionales no programados que estime necesarios y

convenientes frente a cualquier imprevisto que pueda producirse durante mi atención o subsecuente al tratamiento.

2.- Autorizo para que se me suministren los sedantes, anestésicos y medicamentos que el médico estime necesarios y convenientes.

3.- Declaro que se me ha explicado en detalle, tanto por el presente instrumento como personalmente, que conozco y he comprendido el procedimiento a que voy a ser sometido, sus fines, riesgo que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que pueda producirme. Sin perjuicio de ello, declaro que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltas mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

Firma de paciente:.....

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad o dificultad, temporal o permanente, de entendimiento.

Nombre de familiar o representante:.....

C. Identidad de familiar o representante:.....

Relación con el paciente:
.....

Firma familiar o representante:.....

Nombre de Médico:.....

Firma de Médico:.....

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES:

Mediante el presente dejo constancia de mi rechazo voluntario al examen propuesto por mi médico tratante, consiste en **Ecografía Transrectal con Biopsia**.

He sido debidamente informado de que mi negativa podrá dañar mi salud y eventualmente poner en peligro mi vida, por lo que asumo toda responsabilidad al no querer realizarme el procedimiento indicado. Libero por lo tanto, de toda responsabilidad al Centro Médico Urocentro, así como también al médico.

Nombre de paciente:.....

C. Identidad:.....

Fecha:.....

Firma de Paciente:.....

UROCENTRO
INDICACIONES PREVIAS AL EXAMEN
BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIADA

- 1.- El examen no requiere de ayuno.
- 2.- Debe tomar un antibiótico que consiste en ciprofloxacino de 500 mg. 1 tableta 1 hora antes de la biopsia.
- 3.- Si usted ha tomado este antibiótico en las últimas 6 semanas por algún otro motivo, debe dar aviso.
- 4.- Si usted es alérgico a este medicamento debe dar aviso para cambiar el antibiótico.
- 5.- Debe tener un examen de orina (Urocultivo y orina completa), tomado dentro de los 30 días previo a su biopsia.
- 6.- Si usted está en tratamiento anticoagulante (neosintron, coumadin), o con tratamiento con dipiridamol, aspirina o ecotrin, avisar para suspender el tratamiento.
- 7.- Presentarse en Centro Médico con orden del examen.
- 8.- Venir acompañado.
- 9.- Ante cualquier duda consultar a los fonos: 2970611 – 2685821.

