

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA BIOPSIA PROSTÁTICA**

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente:
Dr:
C.I.A.:
Planta:
F. Ingreso:	F. Nacimiento:

D. _____ con DNI, _____
con domicilio en _____.
En calidad de _____.

DECLARO:

Que el Dr. Don. _____ me ha indicado que es conveniente proceder en mi situación, a realizar una **BIOPSIA PROSTÁTICA**.

Mediante este procedimiento se pretende poder diferenciar entre las enfermedades benignas y aquellas que no lo son, es decir, determinar si existe o no un Cáncer de Próstata.

Los radiólogos, me han explicado que la técnica consiste en, introducir 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, como vesículas seminales.

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 los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Entre los primeros, aparte de las reacciones al anestésico local, sepsis e infección generalizada, y ente las complicaciones locales, hematoma en la zona de intervención, hematuria (sangre en orina) infección o dificultad miccional, uretrorragia (aparición de sangre en el orificio uretral), y rectorragias (aparición de sangre en ano).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de Urgencia, incluyendo riesgo de mortalidad.

Por mi situación actual, si lo fuere, (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

CONSIENTO

que se me realice una **BIOPSIA PROSTÁTICA**.

En a de de 2.....

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos).

REVOCACIÓN

D./D^a como paciente (o representante del paciente
D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en
..... D.N.I. nº Revoco el
consentimiento prestado en fecha....., que doy con esta fecha por finalizado y
no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden
derivarse de esta decisión.

En a de de 2.....

Firma del paciente Firma de un testigo Firma del médico
(familiar o representante, D.N.I.:
en caso de incapacidad)

Fdo.: Fdo.: Fdo.:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a como paciente (o representante del paciente
D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en
..... D.N.I. nº Después de ser
informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y
consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de
las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En a de de 2.....

Firma del paciente Firma de un testigo Firma del médico
(familiar o representante, D.N.I.:
en caso de incapacidad)

Fdo.: Fdo.: Fdo.:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)