

Consentimiento informado para
BIOPSIA ÓSEA/ PARTES BLANDAS PERCUTÁNEA

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....
D.N.I: Hora: Domicilio:

Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes intervencionista denominado **BIOPSIA OSEA/ PARTES BLANDAS PERCUTÁNEA**, tal como se lo solicitara su médico tratante, quien evaluó los riesgos/ beneficios de su realización.

EN QUE CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica que permite mediante una punción a través de la piel guiada por un método de diagnóstico por imágenes conseguir una muestra de tejido para su análisis.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento se realiza con anestesia por planos en la zona de punción.

Con el paciente habitualmente en decúbito dorsal o ventral, se esteriliza la zona. Se anestesia por planos con inyección local y se introduce la aguja de biopsia que llega hasta el hueso para obtener una muestra para su estudio.

Me han indicado la preparación recomendada previamente, e informado que la técnica se realiza en ayunas. También se me ha advertido sobre la necesidad de informar mis antecedentes sobre posibles alergias a medicamentos, existencia de alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual y cualquier otra circunstancia o antecedente útil para el exámen.

El médico me ha explicado también de la existencia de posibles procedimientos alternativos.

Se me han solicitado los estudios previos pertinentes, coagulograma y riesgo quirúrgico.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional)

Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Pueden presentarse en ocasiones efectos indeseables como mareo, o hematoma en la zona de punción.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Estas complicaciones pueden ser menores: mareos, hipotensión, dolor y hematoma en el sitio de la punción. Excepcionalmente aparecen complicaciones como hematomas en partes blandas e infección. Existen complicaciones raras como fractura ósea, perforación en abdomen o neumotórax según la ubicación del hueso a punzar.

Continúa

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Seguro que los beneficios de la realización de dicha prueba superen los riesgos ya que nos permite realizar un diagnóstico definitivo y plantear las posibilidades de tratamiento.

Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Con la biopsia se conoce detalladamente la enfermedad que padece y es de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento. Si aparecieran complicaciones, se dispone de los medios necesarios para tratar de resolverlas.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

Puede hacer falta tomar imágenes, fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. **SI - NO Autorizo**

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición. También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

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.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

Continúa

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **BIOPSIA ÓSEA/ PARTES BLANDAS PERCUTÁNEA**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

CONSENTIMIENTO

Testigo		Paciente	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma