

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL

Posadas, ..... de .....20.....

1. YO ..... por la presente autorizo al Dr. .... y a su equipo técnico a realizarme una práctica diagnóstica conocida como **PUNCIÓN BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA**, que se realizará el día ...../...../..... en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes de San Lucas Diagnóstico, la cual fuese indicada por mi médico, Dr. ....
2. el procedimiento enunciado en el punto N° 1 me ha sido totalmente explicado por el especialista, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estar en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.....
  - a). Este procedimiento se realiza introduciendo un transductor en el recto y mediante punciones seriadas en los lugares seleccionados por el especialista.
  - b). Las complicaciones que pueden originarse son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podemos mencionar las siguientes.
    - \* Hematuria: orina de sangre. En general se limita a las primeras 48 hs.
    - \* Rectorragia: presencia de sangre en el material fecal (pérdida de sangre por el recto).
    - \* Hematospermia: Un pequeño número de pacientes puede presentar sangre en el semen.
    - \* Infección: Pueden manifestarse por fiebre, dolor, chuchos de frío, malestar general. En general responden bien a la medicación antibiótica.
  - c). A fin de minimizar los riesgos de complicaciones y para un procedimiento adecuado se realiza una preparación con antibióticos profilácticos y enema rectal, que me comprometo a cumplir estrictamente.
  - d). En ocasiones, la producción de algunas de las complicaciones citadas, obligará a una nueva consulta y eventual internación para control y tratamiento de las mismas y toma de muestras de sangre y orina para un correcto diagnóstico.

3. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo en su totalidad.-----

4. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del procedimiento, siendo este material propiedad del especialista y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos o educativos.-----

5. me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la práctica realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada.

6. me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la práctica realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al especialista sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----

7. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a: .....

.....

8. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al especialista a realizarme el procedimiento mencionado.-----

- Firma del paciente:.....
- Aclaración: .....
- Tipo y N° de Doc.: .....