



Consentimiento Informado para
Biopsia de Musculo Esquelético

Consentimiento Informado para Biopsia de Musculo Esquelético

Consentimiento Informado para Biopsia de Musculo Esquelético

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a **REALIZAR UNA BIOPSIA DE MUSCULO ESQUELETICO, CON ANESTESIA LOCAL.**

El objetivo principal de la intervención consiste tomar una muestra de tejido muscular para estudio diagnóstico, procediendo luego al envío de las muestras para análisis Anatomopatológico, bioquímico o genético si procediera, con el fin de identificar el tipo de enfermedad muscular que padezco.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia local y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.

La intervención consiste en realizar una incisión de unos cinco centímetros (5 cm) en la piel, a través de la cual se llega hasta el tejido muscular para obtener uno o varios fragmentos de tejido, de aproximadamente 0,3x0.5x1 cm cada uno, los cuales posteriormente se enviarán a estudio Anatomopatológico.

Sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificación es al procedimiento por los hallazgos intraoperatorio para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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 todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves pero frecuentes: Infecciones y/o hematomas en la herida quirúrgica (1 en cada 1000 biopsias). Lesiones cutáneas por alergia a la medicación utilizada. Cicatrices retráctiles o antiestéticas. Molestias locales pasajeras en la zona intervenida. (Acorchamiento, hormigueo, etc.), en la zona intervenida. Dolor prolongado en la zona de operación.

Poco frecuentes y graves: reacción alérgica grave a los anestésicos locales, que pueden llegar a producir shock anafiláctico. Hay un riesgo menor de 1 de cada 5.000 biopsias de lesionar de forma grave el músculo o algún nervio. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de esta Clínica están disponibles para intentar solucionarla.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

El médico me ha explicado que, en mi caso, este procedimiento diagnóstico no tiene otra alternativa eficaz.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes descritas.

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.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
BIOPSIA DE MUSCULO ESQUELETICO, CON ANESTESIA LOCAL.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).