



Consentimiento Informado
Biopsia Transyugular

Consentimiento Informado Biopsia Transyugular

Consentimiento Informado Biopsia Transyugular

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 realizarme una:
BIOPSIA TRANSYUGULAR.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Una biopsia consiste en la obtención de pequeños fragmentos de uno de sus órganos internos para analizarlos posteriormente.

La técnica que utilizamos (transvenosa) se basa en la introducción de un pequeño tubo llamado catéter en una de sus venas, generalmente la vena yugular interna al lado derecho del cuello y, controlado por rayos x, se dirige hasta el órgano que queremos analizar, siendo los más frecuentes el hígado y el riñón.

Esta técnica está indicada cuando es necesario obtener una muestra de tejido y las condiciones del paciente impiden un abordaje seguro a través de una punción directa percutánea; por ejemplo, en casos con coagulopatía grave o ascitis.

Una vez estando en el lugar adecuado, procedemos a obtener las muestras que posteriormente serán analizadas en el laboratorio

El procedimiento se lleva a cabo en una sala de radiología, que está diseñada específicamente para estas técnicas. Requiere de anestesia local en el punto de punción y a veces de sedación endovenosa, y dura aproximadamente una hora.

El personal médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado tanto en lo que respecta a la técnica como en el manejo de los rayos x.

No obstante, en ocasiones pueden producirse complicaciones, como una hemorragia en el lugar de punción o una reacción alérgica al contraste.

Estas reacciones pueden llegar ser graves (aproximadamente en 1 de cada 10.000 o 20.000 pacientes). Para intentar reducir esta posibilidad al mínimo, utilizamos siempre un nuevo tipo de contraste (no iónico) que presenta menos efectos secundarios.

Nuestra clínica dispone de los medios e infraestructura necesaria como para poderle garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.



El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

Certifico que este formulario, me fue explicado y que lo leí o fue leído para mí y que entendí su contenido.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el procedimiento de:

BIOPSIA TRANSYUGULAR.

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).