



Consentimiento Informado Para El
Procedimiento De Punción Biopsia De
Médula Ósea

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Punción Biopsia De Médula Ósea

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Punción Biopsia De Médula Ósea

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, el procedimiento
PUNCIÓN BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA

INFORMACIÓN

1. Este procedimiento consiste en la obtención de un cilindro de tejido óseo de 1 mm. De diámetro por unos 15 mm. De largo.
2. Se me ha informado que el procedimiento es con anestesia local en la zona del hueso iliaco, que es el hueso que se encuentra a nivel de la pelvis.
3. También se me ha informado que se utilizará un hipnótico de acción corta durante el procedimiento, para hacerlo mejor tolerado, si mi condición clínica lo permite.
4. El examen en general es bien tolerado, dejando solo una pequeña incisión en la zona de la punción. Puede haber dolor en la zona después de la punción. En casos muy raros sangramiento.
5. También señalo que fui informado respecto a procedimientos alternativos y, tuve la oportunidad de hacer consultas al respecto.
6. El tejido obtenido será enviado para su análisis por un médico anatómo patólogo, quien podrá observar la estructura de la médula ósea y algunos aspectos de sus células, emitiendo el informe respectivo.

Entiendo plenamente este consentimiento y, que mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y potenciales ventajas del procedimiento.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el procedimiento para:

PUNCIÓN BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA

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).