

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ <small>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</small>	
FECHA DE NACIMIENTO _____	RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____	RUT: _____
<small>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</small>	

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO _____
<small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA _____
<small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA CORE

Una biopsia corresponde a un procedimiento diagnóstico que permite extraer muestras de un tejido para su posterior análisis microscópico por un anatomopatólogo y core se refiere al “núcleo” de la lesión. Por lo tanto, la biopsia core bajo ecografía de mama es una técnica de biopsia mamaria que permite obtener pequeñas muestras del “centro” de una lesión, guiándose con ecografía para localizar la zona. El objetivo de este procedimiento no es extraer la totalidad de la lesión.

La indicación más frecuente de este tipo de biopsia es el estudio de nódulos de aspecto sospechoso detectados por ecografía. Puesto que se realiza con ecografía como guía, no requiere de la exposición a la radiación ionizante (rayos X). Se trata de un procedimiento ambulatorio, poco invasivo y que generalmente permite determinar si la lesión requiere o no cirugía posterior.

En caso de estar tomando anticoagulantes, aspirina o presentar algún tipo de alergia a los anestésicos o al látex, entre otros, debe comunicarlo en el momento de solicitar la hora porque puede requerir un manejo especial. No es necesario acudir en ayunas. Basta con comer liviano el día del procedimiento. Tras el examen, es común la aparición de hematomas temporales y de dolor leve.

En caso de presentar aumento de temperatura local, enrojecimiento, sangrado o dolor excesivo, debe consultar a su médico tratante o en un servicio de urgencias.

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso postoperatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.

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

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo a su mejor juicio y capacidad.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Representante legal: _____

Rut: _____

Firma paciente o representante legal

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente

Firma Médico