**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**INFORMADO ESCRITO**

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)**  FECHA DE NACIMIENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)** |

|  |
| --- |
| PROCEDIMIENTO, INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(NO utilizar ABREVIATURAS)** |

|  |
| --- |
| HIPOTESIS DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(NO utilizar ABREVIATURAS)** |

I.-**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información**. Le atenderemos con mucho gusto.

## LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en tomar muestras de tejido de la próstata. Se pretende diferenciar entre enfermedades benignas y aquellas que no lo son. Es decir, determinar si existe o no un cáncer de próstata, analizando las muestras de tejido extraídas.

CÓMO SE REALIZA

Para su realización es necesaria la introducción de un transductor de ecografía a través del ano, que permite visualizar la próstata y las vesículas seminales, y seguidamente realizar una serie de punciones de la próstata en las que se toman varias muestras para ser analizadas. Se utiliza anestesia local y en algunos casos puede utilizarse sedación. Requerirá del uso de antibióticos previo al procedimiento y preparación intestinal con un enema antes del procedimiento.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La realización de esta técnica puede resultar algo molesta, especialmente al introducir el transductor de ecografía y realizar las punciones. En general las molestias ceden en poco tiempo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Ayudará a realizar el diagnóstico diferencial entre enfermedades benignas y aquellas que no lo son.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

* Complicaciones locales, como dolor en la zona de intervención, aparición de sangre en la orina, en el semen, por el orificio uretral o por el ano y que suelen resolverse espontáneamente.
* Infección de orina, generalmente leve.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

* Prostatitis: infección prostática posterior al procedimiento que se caracteriza por fiebre, decaimiento, calofríos, que puede progresar a sepsis e infección generalizada. Puede ocurrir independiente de la preparación intestinal y el uso de antibióticos, y debe ser evaluada de manera precoz.
* Retención urinaria, con necesidad de instalar una sonda uretrovesical durante algunos días.
* Reacciones vagales (mareos, sudoración palpitaciones, etc.) de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.
* Reacciones a la anestesia local, que dependiendo de su intensidad pueden llegar a ser graves.
* Hemorragia tanto durante el procedimiento como posteriormente, cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas. Dependerá de su intensidad, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad de riesgo para su vida. Se puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.
* Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos administrados.
* Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

|  |
| --- |
| **En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**  Apoderado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma paciente o apoderado Firma del Médico

**========================================================================================**

Rechazo 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 o Apoderado Firma Médico |