



CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIAS PROSTATICAS

Sr (a) _____ de _____ años de edad
Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____

Sr (a) _____ de _____ años de edad
Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____
_____ en _____ calidad de _____
_____ (Representante Legal o Familiar)

DECLARO

Que él / la Dr. / Dra. _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **Biopsias Prostáticas**.

El procedimiento que se le propone tiene como objetivo obtener muestras de su próstata, para analizarlas microscópicamente. Si resultara un diagnóstico de cáncer, su Urólogo le explicara las distintas posibilidades de tratamiento, Sin embargo, la existencia de un cáncer no puede ser excluida definitivamente mediante una biopsia negativa.

LA PROSTATA

La próstata es una glándula situada debajo de la vejiga y adosada al recto en el hombre. Su rol es participar en la formación del esperma.

¿CUAL ES EL OBJETIVO DE ESTAS BIOPSIAS?

Una anomalía de su próstata ha sido detectada mediante tacto rectal y/o su tasa de APE (Antígeno Prostático Específico) sanguíneo es considerada elevada. Distintas enfermedades de la próstata pueden producir estas anomalías. Es necesario efectuar un examen microscópico de muestras de tejido para establecer un diagnóstico exacto.

La ausencia de diagnóstico preciso y por lo tanto de tratamiento adecuado, lo expone al riesgo de dejar evolucionar una lesión peligrosa, eventualmente cancerosa o capaz de tornarse maligna.

¿EXISTEN OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO?

EL examen que se le propone es la forma más sencilla de obtener fragmentos de próstata, evitando una intervención quirúrgica abierta.

EXPLICACION Y PREPARACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La biopsia consiste en retirar fragmentos de próstata, bajo guía ecográfica mediante una aguja que pasa a través de la pared rectal. Estos fragmentos se envían al laboratorio para su análisis.

En su modalidad usual, este examen no requiere anestesia, porque la incomodidad es moderada y las biopsias son muy poco dolorosas y se toleran bien.

Se le entrega una receta para que adquiera en la farmacia un tratamiento antibiótico, que deberá ingerir dos horas antes de la biopsia.

Este tratamiento tiene como objetivo evitar una infección urinaria después del examen.

A veces se prescribe además un lavado rectal, para evitar la presencia de excretas en el recto.

Si usted sigue un tratamiento anticoagulante, por ejemplo aspirina y otro medicamento, debe informar a su Urólogo.

TECNICA DEL PROCEDIMIENTO

El Urólogo introduce por el ano el instrumento ecográfico protegido, lubricado y equipado con un sistema de visión. Puede entonces efectuar las biopsias, en general desde 6 hasta 12 punciones. La aguja penetra muy rápidamente dentro de la próstata gracias a un mecanismo de disparo. Este mecanismo produce un chasquido seco, que le puede sorprender la primera vez, pero el pinchazo en sí es poco doloroso. Al terminar la serie de punciones, se le recomienda mantenerse acostado por algunos minutos más, porque incorporarse bruscamente puede provocar un vértigo. El resultado de las biopsias será comunicado por el laboratorio a su Urólogo sólo después de algunos días.

POST OPERATORIO USUAL

Es frecuente una aparición de hemorragias menores en las deposiciones y la orina durante algunos días, a veces por más tiempo en el semen.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

El tratamiento antibiótico que se le prescribió tiene por objetivo evitar una infección, esta es la complicación más usual, aunque muy escasa (menos del 2% de los casos).

Sin embargo, si usted presenta fiebre por sobre los 38.5°C, o se siente mal, tiene escalofríos o ardor al orinar durante los días siguientes a las biopsias, será necesario efectuar un tratamiento antibiótico complementario. Por este motivo, en caso de que aparezcan estos síntomas de infección, usted debe ponerse inmediatamente en contacto con su médico o su Urólogo, porque existe un riesgo de septicemia.

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

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para **BIOPSIAS PROSTATICAS:**

En _____ (lugar y fecha)

Nombre del Médico Nombre Profesional Firma del Paciente

Firma Médico Firma Profesional Firma del Representante

REVOCAION

Sr (a) _____ de _____ años de edad
Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____

Sr (a) _____ de _____ años de edad
Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____
_____ en _____ calidad de _____
_____ (Representante Legal o Familiar)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ (lugar y fecha)

Nombre del Médico Nombre Profesional Firma del Paciente

Firma Médico Firma Profesional Firma del Representante