

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**CEDULA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_  
**CORREO:** \_\_\_\_\_

- ¿Se ha realizado una biopsia de próstata anteriormente?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Hace cuánto: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido antecedentes de trastornos hemorrágicos o está tomando medicamentos anticoagulantes, Aspirina u otro medicamento que afecte la coagulación de la sangre?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUALES: \_\_\_\_\_
- ¿Está recibiendo algún tratamiento para la tensión? / TA:  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUAL: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sufrido infarto?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Hace cuánto: \_\_\_\_\_
- ¿Qué medicamentos toma actualmente?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUALES: \_\_\_\_\_
- ¿Sufre de alguna enfermedad en los riñones o está recibiendo tratamiento de diálisis?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUAL: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido antibióticos en los últimos tres meses?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUALES: \_\_\_\_\_
- ¿Le han realizado algún procedimiento urológico en las últimas tres semanas o tiene una sonda uretral?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUAL: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido Corticoides, Antivirales o Retrovirales en los últimos 3 meses?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUAL: \_\_\_\_\_
- ¿Ha presentado alguna infección viral en el último mes, como herpes o gripe?  
SI \_\_\_ NO \_\_\_  
CUAL: \_\_\_\_\_

 <b>ceusa</b> <small>Centro de Especialistas en Urología S.A.</small>	<b>CUESTIONARIO PRE-BIOPSIA</b>	<b>CODIGO: FORAPT01</b>	
		Versión 4	
		Pág. 2 de 3	

- ¿Es sensible o alérgico a algún medicamento, al látex, cinta o agentes anestésicos (locales y generales).?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
   
CUAL: \_\_\_\_\_
  
- ¿Su orden de biopsia es por saturación?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- ¿Tiene resultados de resonancia nuclear magnética de Próstata?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- Queremos informarle que la práctica de este examen, puede generar las siguientes complicaciones: Hemospermia, dolor pélvico, hemorragia micro y macroscópica, sangrado en la orina, rectorragia, fiebre, escalofríos, sepsis. ¿Ha comprendido?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- **EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE, ESCALOFRIOS; DEBE ACUDIR AL CENTRO DE URGENCIAS.**
  
- ¿Es usted médico o trabaja en el área de la salud o trabaja en medio hospitalario?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- **LABORATORIOS:**
  - PSA.: \_\_\_\_\_
  - PARCIAL DE ORINA Y/O UROCULTIVO. : Normal:\_\_\_\_\_ Anormal:\_\_\_\_\_
  - CREATININA. : \_\_\_\_\_
  - PT. : \_\_\_\_\_
  - PTT. : \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO PARA PACIENTES CON Sonda TRANSURETRAL.**

- Se debe cambiar la sonda transuretral tres días antes de la biopsia de próstata.
  
- Posterior a esto se debe realizar un parcial de orina y cultivo de orina, este resultado debe estar negativo.
  
- SI USTED TIENE SONDA TRANSURETRAL, ¿SE LE HAN DADO LAS INDICACIONES?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- ¿SE LE INDICA NO VIAJAR EN LOS PROXIMOS 8 DÍAS POSTERIORES A LA BIOPSIA?
   
SI \_\_\_ NO \_\_\_
  
- ¿QUE TIPO DE ANESTESIA SE LE VA HA PRACTICAR ANTES DEL EXAMEN?:
  - TOPICA. SI \_\_\_ NO \_\_\_
  - BLOQUEO DE PLEXO PROSTATICO. SI \_\_\_ NO \_\_\_
  - SEDACION. SI \_\_\_ NO \_\_\_
  - O NINGUNA DE LAS ANTERIORES. SI \_\_\_ NO \_\_\_

•  
➤ ¿QUIEN ASUME LOS COSTOS DE LA ANESTESIA?

Paciente \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

➤ SE LE INFORMA VALOR BLOQUEO DE PLEXOS.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

➤ SE LE HACE ENTREGA DE PREPARACION PARA EL EXAMEN

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

CAUSA:

- Exámenes alterados
- Remisión a Infectología
- Antibióticos en los últimos tres meses
- Ingesta de anticoagulantes
- Otra \_\_Cuál: \_\_\_\_\_

**Se Hace entrega de preparación, fecha y hora de procedimiento al Señor \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**HORA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL FUNCIONARIO**

**Observaciones:**

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