

 <small>Centro de Especialistas en Urología S.A.</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA (EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981)	CÓDIGO: FOAPT06	
		VERSIÓN 10	
		PÁG. 1 DE 1	

Paciente: _____ C.C. _____ DE _____

Fecha: _____ Acompañante: _____

1. Por medio de la presente doy constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, y otorgo en forma libre mi consentimiento a los médicos del CENTRO DE ESPECIALISTAS EN UROLOGIA (CEUSA) para ser sometido el procedimiento BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA.
2. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa advertencia, que el personal médico y paramédico de CEUSA me ha hecho sobre riesgos de complicaciones tales como:
 - a) Hemospermia, semen con sangre (80%)
 - b) Dolor pélvico (50%)
 - c) Hematuria microscópica o macroscópica, sangre en la orina (2%)
 - d) Rectorragia, salida de sangre por el recto (2%)
 - e) Fiebre y escalofríos (8%)
 - f) Sepsis, infección severa (1%)

En caso de presentar cualquiera de las anteriores complicaciones en especial fiebre, escalofríos, malestar general, se debe dirigir de inmediato al Centro de urgencias de su red de servicios médicos. De igual manera se recomienda reposo el día del examen. En caso de una eventualidad complicación y riesgos, se puede requerir la hospitalización del paciente según la complejidad de la misma, como en el caso de sepsis.

3. He sido informado claramente sobre las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse durante o posterior al procedimiento que se me va a realizar. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis inquietudes han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre el alcance de lo expresado en los puntos anteriores.
5. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con todo procedimiento y tales riesgos me han sido explicados.
6. Autorizo para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo (biopsia próstata) con destino a exámenes anatomopatológicos.
7. Conociendo las posibles complicaciones y riesgos/beneficios del procedimiento, me someto a él voluntariamente.
8. Declaro que he sido advertido sobre que el procedimiento que requiero compromete una actividad médica de medio y que por esta razón no se pueden garantizar los resultados.
9. Igualmente otorgo mi consentimiento para que se me aplique un anestésico local tipo LIDOCAINA, bloqueo de plexos prostático o sedación, si se requiere o indica el médico.
10. Certifico que el siguiente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

MÉDICO URÓLOGO