

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La biopsia permite obtener una pequeña muestra de tejido. Esta muestra permite ser estudiada microscópicamente o a veces cultivada, lo que implica un costo adicional por el análisis anatomopatológico de la muestra (biopsia).

* Las muestras obtenidas serán enviadas sólo a los laboratorios de anatomía patológica en convenio vigente con Clínica Ciudad del Mar.

Características

La biopsia es una técnica diagnóstica que permite obtener una pequeña muestra de tejido, a través de la piel o de mucosas, utilizando una aguja fina, bisturí u otro instrumento.

La extracción de la muestra se realiza, habitualmente, bajo anestesia local en el área de extracción de la muestra. Al momento de extraer la muestra, el médico le indicará mantener un momento la respiración.

Es necesario que usted advierta a su médico de alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, medicamentos que esté consumiendo en forma habitual o el uso de marcapasos.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta utilización, pueden presentarse en algunos casos efectos indeseables, tanto los comunes a cualquier procedimiento, como los debidos a alguna situación del paciente por patologías concomitantes como por ejemplo: diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, obesidad, así como los específicos del procedimiento:

- Fracaso en la obtención de una muestra adecuada.
- Reacciones a alguno de los medicamentos que deben usarse.
- Hemorragias locales.
- Infección local.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de este procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **BIOPSIA** en _____

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal