

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 prostática es un procedimiento ambulatorio que consiste en la extracción de muestras de la próstata para que puedan ser analizadas y determinar si existe o no un cáncer a la próstata. No existe otro procedimiento que nos pueda dar esta información.

Características

Este procedimiento introduciendo un transductor de ultrasonido por vía rectal para visualizar la próstata y guiar la punción transrectal, obteniendo así tejido prostático. Previo a la toma de las muestras de biopsia, se inyecta anestésico local en la base de ambas vesículas seminales, para así aliviar las molestias asociadas al procedimiento.

Para la realización de la biopsia prostática se necesita de una preparación previa, que no evita la ocurrencia de complicaciones, pero si disminuye considerablemente la probabilidad que estas sucedan. Es de primordial importancia que cumpla a cabalidad con las instrucciones otorgadas por su médico tratante y realice dicha preparación de manera adecuada.

El equipo de enfermería realizará una breve encuesta para certificar el cumplimiento a cabalidad de dicha preparación y procederá luego a la administración de terapia con antibióticos, los cuales serán administrados en previo a la realización del procedimiento.

Riesgos

Eventualmente, puede suceder que durante el procedimiento se produzcan complicaciones que hagan necesario realizar otras acciones, más allá del procedimiento normal.

Entre las complicaciones de este procedimiento está la posibilidad de que gérmenes que se encuentren en la próstata pasen a la sangre y se produzca una infección que requiera tratamiento hospitalizado la frecuencia de este evento es muy baja.

Otras complicaciones pueden ser sangramiento o hematomas de la próstata.

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 operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

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 PROSTÁTICA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal