

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
BIOPSIA PERCUTÁNEA BAJO ECOGRAFÍA O TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Biopsia Percutánea Bajo Ecografía o Tomografía Computada (Tac), consiste en la obtención de pequeños fragmentos de uno de sus órganos internos para analizarlos posteriormente. Para obtener en forma precisa estos fragmentos, nos servimos de la ecotomografía y/o la tomografía computada (TAC). Así, guiamos una aguja especial, la cual será introducida en la piel en un sitio elegido específicamente para llegar con mayor facilidad y menor riesgo hasta la lesión o el órgano a biopsiar.

El procedimiento se lleva a cabo en una sala de ecotomografía o de TAC, que está capacitada para realizar estas técnicas. Requiere anestesia local en el punto de punción y dura aproximadamente una hora.

Ocasionalmente, dependiendo del tipo y ubicación de la lesión a biopsiar, es necesario el apoyo del servicio de anestesiología para administrarle sedación o anestesia general. El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

El personal médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado tanto en lo que respecta a la técnica como en el manejo de las imágenes.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- La hemorragia la más importante.
- Si su biopsia es torácica (pulmonar, pleural o mediastínica), la **complicación más frecuente** es el escape de aire del pulmón (neumotórax), siendo este escape generalmente mínimo y sin consecuencias. No obstante, en ocasiones puede ser de mayor cuantía, lo que le provocará dificultad para respirar, necesitando instalación de un tubo de drenaje a través de la pared del tórax para sacar este aire.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

El procedimiento de biopsia percutánea, tiene un **rendimiento diagnóstico** de un **80 a 90%**, lo que significa que de un 10 a un 20% de las biopsias pueden resultar en muestra insuficiente o indeterminada, resultado que en la mayoría de los casos implicaría, eventualmente, avanzar a una biopsia quirúrgica, de acuerdo a la opinión y evaluación del caso por parte de su médico tratante.

En su caso particular a intervenir es lo siguiente:

Órgano a Biopsiar: _____

Marque con una X:

Lado Derecho

Lado Izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Biopsia Percutánea Bajo Ecografía o Tomografía Computada (TAC)**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE BIOPSIA PERCUTÁNEA BAJO ECOGRAFÍA O TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC), por el Dr. (a) _____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
----------------------------------------------------------------------	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)