

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende obtener un cilindro de tejido óseo de 1 mm. de diámetro por unos 15 mm. de largo. Se me ha informado que es con anestesia local en la zona del hueso iliaco, que es el hueso que se encuentra a nivel de la pelvis.

Características

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración endovenosa de un sedante de acción corta y que me podrá causar somnolencia y/o cierto grado de lentitud, así mismo se me ha explicado que estos síntomas a medida que pasen un par de horas irán desapareciendo paulatinamente, pero que su administración es requerida para lograr mejor tolerancia a este procedimiento, todo esto si mi condición clínica lo permite.

También se me ha explicado que el examen por lo general es bien tolerado, dejando solo una pequeña incisión en la zona de la punción.

Riesgos

Puede haber dolor en esta área. En casos muy raros sangramiento.

Tengo en conocimiento que existe la posibilidad de que según resultados de examen efectuado, requiera de terapia contra enfermedad neoplásica y he comprendido las explicaciones que se me han dado facilitado en un lenguaje claro y sencillo, sobre mi enfermedad y las consecuencias (síntomas y/o Signos) del tratamiento probable a seguir.

El facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **BIOPSIA MÉDULA ÓSEA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal