

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende poder diferenciar entre enfermedades benignas de aquellas que no lo son, es decir, determina si existe o no, cáncer de próstata.

Es conveniente proceder a realizar una biopsia prostática, en caso del antígeno prostático elevado y/o presencia de nódulo(s) o cambios en la consistencia de la próstata.

Características

Mediante esta técnica, se introduce una sonda de ultrasonido (del ancho aproximado de un dedo pulgar) por vía rectal para visualizar la próstata (en general entre 10 a 12 punciones o las que el doctor estime conveniente) y en ocasiones tejidos de alrededor de la próstata (como las vesículas seminales).

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

Entre los riesgos generales se pueden encontrar:

- Fiebre alta
- Sepsis o infección generalizada

Entre las complicaciones locales se pueden encontrar:

- Hematoma en la zona de intervención
- Hematuria o sangre en la orina, infección o dificultad miccional
- Uretrorragia o aparición de sangre en el orificio uretral (2 o 3 días)
- Rectorragias o aparición de sangre en el ano o en el semen (hasta una o dos semanas)

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una hospitalización.

Se me ha explicado la preparación previa antes de este procedimiento consistente en antibióticos orales y la administración de un enema evacuante. También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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