

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - BIOPSIA</b>  <b>PERCUTANEA DE MAMA BAJO GUIA ECOGRAFICA</b>  (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
	PÁGINA	1 de 1	

DIA: \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad e identificado(a) con el documento N- \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales hago constar que:

- 1) Otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_, médico especialista, para que por intermedio suyo y con el apoyo del personal designado, me practiquen el procedimiento denominado BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA.
- 2) He sido informado (a) por el Doctor sobre los riesgos generales de la BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA como se define a continuación:

La biopsia percutanea es una intervención que se lleva a cabo con una aguja especial, la cual es cortante y una pistola automática para la obtención de varios fragmentos de una lesión que requiera ser estudiada.

Los fragmentos obtenidos serán estudiados por un medico patólogo quien es un especialista en biopsias.

La biopsia percutanea solo requiere anestesia local y una pequeña incisión en la piel.

LA BIOPSIA PERCUTANEA no esta exenta de complicaciones, aunque de forma excepcional pudieran aparecer por un lado, las derivadas del procedimiento: hemorragia (sangrado), neumotórax (lesión de la pleura, parte que cubre el pulmón con acumulación de aire), herida de algún músculo, ruptura de una prótesis (daño) en caso que exista, y por otro lado, las derivadas de una intervención como son: fiebre, infección de la herida y hematomas o abscesos en la herida.

Se me ha explicado tanto las características y procedimientos de la técnica, como los cuidados que debo seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y el riesgo del procedimiento, y en estas condiciones.

CONSIENTO: Que se me realice la BIOPSIA PERCUTANEA

Me reservo expresamente el derecho a renovar mi consentimiento en cualquier momento antes que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

MEDICO.....PACIENTE.....



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA  
PERCUTANEA DE MAMA BAJO GUIA ECOGRAFICA

YO.....

Con CC:.....FECHA.....

QUE EL DOCTOR.....

Me ha informado de la necesidad de practicar BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA.

La biopsia percutanea es una intervención que se lleva a cabo con una aguja especial, la cual es cortante y una pistola automática para la obtención de varios fragmentos de una lesión que requiera ser estudiada.

Los fragmentos obtenidos serán estudiados por un medico patólogo quien es un especialista en biopsias.

La biopsia percutanea solo requiere anestesia local y una pequeña incisión en la piel.

LA BIOPSIA PERCUTANEA no esta exenta de complicaciones, aunque de forma excepcional pudieran aparecer por un lado, las derivadas del procedimiento: hemorragia (sangrado), neumotórax (lesión de la pleura, parte que cubre el pulmón con acumulación de aire), herida de algún músculo, ruptura de una prótesis (daño) en caso que exista, y por otro lado, las derivadas de una intervención como son: fiebre, infección de la herida y hematomas o abscesos en la herida.

Se me ha explicado tanto las características y procedimientos de la técnica, como los cuidados que debo seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y el riesgo del procedimiento, y en estas condiciones.

CONSIENTO: Que se me realice la BIOPSIA PERCUTANEA

Me reservo expresamente el derecho a renovar mi consentimiento en cualquier momento antes que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

MEDICO.....PACIENTE.....