



MIGUEL PARRADO AVENDAÑO M.D.
UROLOGO
Universidad Javeriana

CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA DE PROSTATA

Yo, _____ Por medio de la presente doy constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, y otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. Miguel Parrado Avendaño para ser sometido al procedimiento BIOPSIA TRANSRECTAL DE PROSTATA ECODIRIGIDA.

El procedimiento será practicado el día _____. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa advertencia, que el Dr. Parrado me ha hecho sobre los riesgos de complicaciones tales como:

Hemospermia, semen con sangre (80 %), Dolor pélvico (50 %), Hematuria macroscópica, sangre en la orina (12 %) Rectorragia, salida de sangre por el recto (2 %) Fiebre y escalofrío (8 %), Sepsis, infección severa, muerte (1 %), Infección urinaria (1 %), Retención urinaria (0.5 %)

En caso de presentar cualquiera de las anteriores complicaciones en especial fiebre, escalofrío, malestar general, se debe acudir a urgencias, de igual forma se recomienda reposo el día del examen. En caso de una eventual complicación y riesgos, se puede requerir la hospitalización del paciente según complejidad de las mismas, como es el caso de Sepsis.

Certifico que se me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento, también me han informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse así como las posibles alternativas al estudio propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis inquietudes han sido contestadas satisfactoriamente.

Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con todo procedimiento y tales riesgos me han sido explicados por el profesional mencionado. Autorizo para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo (biopsia de próstata), con destino a exámenes anatomopatológicos. Conociendo las posibles complicaciones y riesgos/beneficios del procedimiento en mi caso particular me someto a el voluntariamente.

Declaro que he sido advertido con respecto a que la práctica del procedimiento que requiero compromete una actividad médica de medio y que por esta razón no se puede garantizar los resultados. Igualmente otorgo mi consentimiento para que se me aplique un anestésico local tipo LIDOCAINA, si se requiere. Certifico que el siguiente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos ventajas, riesgos, complicaciones y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado, y he contestado todas las preguntas que el paciente y sus familiares me han formulado.

MIGUEL PARRADO A. MD.

CLINICA META. Villavicencio. Calle 33 No 36 – 114
Consultorio No 201 TEL. 6614400 ext 1129 Celular: 3102640482 -- 3164568876
urologo@miguelparrado.com
www.miguelparrado.com