

Biopsia

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)

edad con domicilio en _____. ..y DNI Nº _____ ..

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos)

edad con domicilio en _____. ..y DNI Nº _____ ..

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el Dr./Dra _____, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una BIOPSIA _____ (abierta/cerrada) de la lesión localizada en _____ (antebrazo, brazo, rodilla, pierna, pie, etc.).

1. El propósito principal de la intervención consiste en el estudio anatómico-patológico, inmunohistoquímico, bacteriológico y/o citogenético de la lesión.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en la obtención de una muestra, parcial o global, de la lesión; bien mediante punción, bien practicando una incisión.
4. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la realización de la BIOPSIA pueden ser:
 - a) Hematoma.
 - b) Dehiscencia de la herida.
 - c) Trombosis venosa profunda.
 - d) Tromboembolismo pulmonar.
 - e) Infecciones superficiales o profundas.
 - f) Lesión neurológica.
 - g) Lesión vascular.
 - h) Linfoadenitis de células patológicas.
 - i) Fractura patológica.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como _____

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y 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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice LA BIOPSIA DE _____ ..

En _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente

REVOCACIÓN

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio en _____ .y DNI Nº _____ ..

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio en _____ .y DNI Nº _____ ..

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ , a _____ .. de _____ .. de 200_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente