

Consentimiento informado drenaje percutáneo

D./Dña. _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____, y con DNI _____.

DECLARO

Que El Dr./Dra. _____ me ha explicado debidamente que es conveniente proceder a la realización de un DRENAJE PERCUTÁNEO CON CONTROL RADIOLÓGICO de la colección localizada en _____.

El propósito principal de este drenaje es evacuar el contenido de la colección con métodos mínimamente invasivos, y tomar una muestra para su estudio microbiológico.

Se va a necesitar anestesia local, y se hará una pequeña incisión.

Se me ha informado de los posibles riesgos del procedimiento, en especial: dolor, hematoma, ligero sangrado en la zona de la punción, leve infección, y excepcionalmente la punción de un asa intestinal.

No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos previstos.

He comprendido la naturaleza de la prueba, y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en una entrevista personal con el Dr./Dra _____.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado, y por ello DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique el DRENAJE PERCUTÁNEO de la colección.

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

D.N.I.:
Fdo.:

D.N.I.:
Fdo.:

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:
Fdo.:

Denegación o Revocación

Yo, D./Dña _____ ..
Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos de la prueba antes señalada, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

D.N.I.:
Fdo.:

D.N.I.:
Fdo.:

Dr.:
Nº. Colegiado:
Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:
Fdo.: