

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA

YO,, de años de edad, con DNI N°..... con Historia Clínica, en mi calidad de paciente o representante legal y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud en cumplimiento de la Ley General de Salud N° 26842, declaro:

Que, el (la) doctor (a) CMP N° con RNE N°, ME HA INFORMADO, de forma confidencial, respetuosa y comprensible el diagnóstico de mi/su enfermedad de :, y del procedimiento que se requiere para aclarar el diagnóstico de forma precisa y poder establecer el tratamiento más adecuado así como ser informado del pronóstico de mi enfermedad el cual se denomina : BIOPSIA RENAL.

Además se me ha explicado lo siguiente:

Que la enfermedad que padezco requiere de un estudio especializado que consiste en obtener una muestra pequeña de riñón para que sea analizado. Esta muestra de tejido (riñón) se obtiene por el procedimiento llamado BIOPSIA RENAL el cual es un método percutáneo (a través de la piel) que se hace usando una aguja especial. El procedimiento se realiza en el tópic (ambiente especial adyacente a las salas de hospitalización), requiere anestesia local a nivel de la piel de la zona lumbar (cintura). Se coloca al paciente en decúbito ventral (boca abajo). Se coloca anestesia en la zona lumbar y se ingresa con la aguja de biopsia renal y se toma la muestra. Previamente se ubica el polo inferior del riñón con radiografía simple, ecografía renal o urografía excretoria. El procedimiento dura alrededor de 20 minutos, luego de lo cual el paciente permanece en reposo absoluto al menos durante 24 horas según evolución. Se requiere hospitalizar al paciente para realizar el procedimiento.

Riesgos y complicaciones del Procedimiento: Rara vez fístula o área de sangrado persistente en el tejido renal (zona donde ingresa la aguja en el riñón). Además, se puede presentar sangrado por la orina (hematuria) pueden ser hematuria microscópica (pequeña, no visible) en el 100% de casos, lo que indica que la aguja ha ingresado al tejido renal, macroscópica (visible) con coágulos y cambios en el color de la orina en un 3%. En alrededor de 1 caso cada 3000 procedimientos puede haber necesidad de nefrectomía (extirpar, sacar el riñón) por sangrado persistente e incoercible (que no se controla o detiene). Rara vez infección. Las molestias por el procedimiento son dolor en la zona de punción, sangrado, debilidad si ocurre anemia importante secundaria al sangrado. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que puede aparecer riesgos y complicaciones los cuales entiendo son probables.

Asimismo, se me ha explicado las alternativas: biopsia renal a cielo abierto (en sala de operaciones).

Cuidados: me han explicado las precauciones y el tratamiento, que en mi caso, he de seguirlas antes, durante y después del procedimiento y que me comprometo a observar.

Anestesia: local, de la piel

Si durante el procedimiento, de manera imprevista, se necesitase para mi bien realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada previamente autoriza expresamente a que se lleve a cabo.

También comprendo que, en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico (s) tratante (s).

Por tanto, manifiesto que estoy SATISFECHO () INSATISFECHO () con la información recibida y que COMPRENDO () NO COMPRENDO () la indicación, beneficios, los riesgos y posibles complicaciones del (los) procedimiento (s); en fe de lo cual, en señal de SI () NO () ACEPTACION de lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para que se realice el (los) procedimiento (s), por lo que firmo el presente documento.

Trujillo,..... de..... 20



Firma del Paciente o
del médico

HuellaFirma y Sello

Representante Legal

informante

Nombre:

DNI: