# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL

D/Dª .................................................................................................................................................. como paciente ( o representante del paciente D/Dª ....................................................................................), de ................... años de edad, con domicilio en ................................................................................................................ D.N.I. º ...............................

## DECLARO: Que el Dr./Dra ..................................................................................., interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una BIOPSIA PROSTATICA con acceso transperineal y con fusión digital utilizando el software biopsee®, por padecer ......................................................................................................................................................................

1. Consiste en la *obtención de pequeños fragmentos de la próstata con una aguja especia para su posterior análisis* en el Servicio de Anatomía Patológica, y poder diferenciar entre enfermedades benignas de aquellas que no lo son.

 La exploración puede realizarse con anestesia locoregional o general pinchando en el periné (zona situada entre los testículos y ano). Se introduce una sonda de ultrasonidos por vía rectal para visualizar la próstata. Con una aguja fina de biopsia se punciona la próstata y en ocasiones tejidos de alrededor de la próstata (vesículas semianles). En casos especiales puede realizarse con anestesia general.

1. *DE DICHA INTERVENCION SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:*

 Determinar si existe o no un cáncer de próstata, así como la agresividad del mismo (grado de Gleason)

1. *DE DICHA INTERVENICON ES POSIBLE PERO* ***NO FRECUENTE*** *ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:*
2. Complicaciones generales: a) reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir *shock: b) anafiláctico,* de graves consecuencias (incluída la muerte); c) proceso febril que puede llegar incluso a Sepsis, infección generalizada.
3. Complicaciones locales: a) hematoma en la zona de intervención; b) hematuria (sangre en la orina), infección o dificultad miccional; c) uretrorragia (aparición de sangre por el orificio uretral); d) rectorragias (aparición de sangre por el ano).
4. *ALTERNATIVAS*

Los marcadores prostáticos y las exploraciones radiológicas y ecográficas son complementarias.

##### ***V.*** ANESTESIA

 El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento*.*

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.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

# Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de una BIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEAL POR FUSION.

En Valencia ........ de …………………………………………. de 200 .

Firma paciente Firma Testigo Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:

en caso de incapacidad)

Fdo: ...................................... Fdo: ......................................... Fdo: ....................................

 (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

### REVOCACIÓN

D/Dª .................................................................................................................................................. como paciente ( o representante del paciente D/Dª ....................................................................................), de ................... años de edad, con domicilio en ................................................................................................................ D.N.I. º ...............................

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..............................., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ........ de …………………………………………. de 200 .

Firma paciente Firma Testigo Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:

en caso de incapacidad)

Fdo: ....................................... Fdo: ......................................... Fdo: ....................................

 (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)

### DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª .................................................................................................................................................. como paciente ( o representante del paciente D/Dª ....................................................................................), de ................... años de edad, con domicilio en ................................................................................................................ D.N.I. º ...............................

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ........ de …………………………………………. de 200 .

Firma paciente Firma Testigo Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:

en caso de incapacidad)

Fdo: ...................................... Fdo: ......................................... Fdo: ....................................

 (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)