EMDIAGNOSTICA S.A.S

**Versión 3 Fecha: Julio 9 de 2020**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE SENO CON AGUJA FINA**

***Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.***
***Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal***

**Nombre y apellidos: _____Edad: _____Tipo y número de identificación:_____**
**Fecha: _____ Persona en situación de discapacidad Si____No____ Correo electrónico_____**

**DECLARO**

**Que debido a que el Doctor: _____ ha considerado que es conveniente realizar, en mi situación, una BIOPSIA DE SENO CON AGUJA TRUCUT , he autorizado al Dr. (a) _____, con registro médico _____ de Bogotá para practicar dicho procedimiento previo conocimiento de lo siguiente, información que confirmo he recibido al menos 24 horas previas al procedimiento.**

1. La **BIOPSIA DE SENO CON AGUJA TRUCUT** es un procedimiento por el cual se realiza la toma de muestra por punción y aspiración, de lesiones focales de seno, clasificadas como BI-RADS 3, 4, 5 o 6 según clasificación del Colegio Americano de Radiología.
2. **El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico.**
3. Con el paciente acostado se realiza exploración con ultrasonido, hasta identificar la lesión objeto del estudio.
4. Se desarrolla la biopsia de acuerdo con el protocolo del servicio.
5. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables poco usuales como dolor en la zona de punción, y/o excepcionales y de mayor complejidad como hematomas e incluso neumotórax que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico.
6. **Se me ha explicado y comprendo que ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos; pero, de cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que Emdiagnóstica SAS cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario.**
7. Se me ha explicado y comprendo que debido a que se requiere corte de tejido los riesgos de sangrado son reales y que tales riesgos tienen una frecuencia del 1 % al 5% que varía de acuerdo al tamaño, localización, características de la lesión, entre otros. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que se cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario. **También se puede producir flebitis (inflamación con o sin infección de la o las zonas de punción).**
8. Entiendo que para la realización de este procedimiento no puedo estar tomando aspirina o aspirineta, clopidrogel, vitamina E, warfarina ni ningún tipo de anticoagulante. Dado que algunos medicamentos naturistas actúan sobre la coagulación también suspenderé tales medicamentos al menos 1 semana previa a la realización de la polipectomía siempre con la autorización del médico tratante.
9. **Se me ha explicado que junto con el resultado de mi examen se me indicarán las recomendaciones que debo seguir posterior al procedimiento.**

**10. Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)**

| | | |
|---|---|---|
| **1. Se encuentra anticoagulado?** | **SI** | **NO** |
| **5- Si se encuentra anticoagulado siguió las recomendaciones médicas para este procedimiento como por ejemplo suspensión o terapia puente?** | **SI** | **NO** |

**Recibo los siguientes medicamentos**

**1-_____ 4-_____ 7_____**
**2-_____ 5-_____ 8_____**
**3- _____ 6-_____ Otros_____**

**Soy alérgico a los siguientes medicamentos**

**1-_____ 2-_____ Otros_____-**

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me permitido aclarar todas las dudas que le he planteado. He leído o me han leído y he comprendido perfectamente lo anterior, todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. También se me explicó que, en todo caso, podré revocar o desautorizar la realización de este procedimiento en cualquier momento durante el examen de lo cual quedará registro en el informe del procedimiento.
Por ello, manifiesto que lo registrado por mí en este documento es cierto, que estoy satisfecho con la información recibida, que comprendo el alcance y los riesgos de este procedimiento y en tales condiciones autorizo las acciones que de acuerdo al criterio del Radiólogo que realiza este examen sean necesarias para mi situación particular y por lo tanto

**CONSIENTO (Marcar con una X) SI ( ) NO ( ) Que se me realice, BIOPSIA DE SENO CON AGUJA TRUCUT**

_____ _____

**ESPECIALISTA** **FIRMA PACIENTE CC _____de_____**

**En caso de ser menor de edad o tratarse de persona en situación de discapacidad este documento deberá ser firmado además del paciente por su tutor o persona de apoyo responsable.**
**Nombre tutor / apoyo _____Identificación_____Parentesco/relación_____**

**Firma tutor/ Apoyo. _____**