

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA BIOPSIA RENAL PERCUTANEA

Ciudad y fecha...../...../20.....

Yo,.....

Estoy en conocimiento que mis riñones han disminuido rápidamente su funcionamiento, por que presento una condición médica grave conocida como Insuficiencia Renal Aguda.

Por tal motivo se me ha propuesto efectuar el procedimiento conocido como Punción biopsia renal.

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el objetivo del estudio es tomar muestras del riñón para analizarlas e intentar diagnosticar la causa del deterioro de la función renal y de los síntomas que presento.
- 2- He sido informado/a que mediante esta técnica se introduce una aguja de biopsia en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar con la finalidad de tomar una o varias muestras del tejido renal para su estudio. Sé que la intervención se realiza con anestesia local en la zona de punción y del trayecto de la aguja hasta entrar en el riñón.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesiólogo, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Hago saber que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que consideré pertinentes al respecto, las que me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- El médico me ha explicado que otra alternativa es la biopsia renal por cirugía abierta, pero que en mi caso la mejor opción es la biopsia renal percutánea.
- 6- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 7- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como la imposibilidad de llevar a cabo la punción: reacciones alérgicas al anestésico local, reacciones vágales: Lipotimias, paro cardiorrespiratorias. Hematoma renal. Infección urinaria. Fístula arterio-venosa renal. Hemorragia importante que precise transfusión de sangre y/o cirugía de urgencia. Lesión de otros órganos con el consiguiente riesgo de peritonitis. Rotura de instrumentos o de agujas, quedando restos en el interior del riñón y que precisen de otras maniobras o intervenciones para su extracción. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.
- 8- Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo a que el cirujano interviniente, y/o a quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarios incluyendo transfusión de sangre y/ o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me

indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico/a a:
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**.....y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ:

Firma:

Aclaración:

Documento.....

Vínculo con el menor o incapaz:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: