

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-149

Biopsia Estereotáctica

Rev. 01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

El objetivo de la operación es tratar de obtener material (biopsia) de una lesión intracraneal para estudio anatomopatológico que nos permita conocer la naturaleza de la lesión y permitir un pronóstico, así como la necesidad de tratamiento adicionales. No hay que esperar, por lo tanto, una mejoría de la sintomatología clínica que sufre el paciente como consecuencia de la operación, salvo que durante la misma se pueda proceder a evacuar la porción líquida de la lesión. El tratamiento complementario de los tumores con radiocirugía, radioterapia o quimioterapia debe hacerse conociendo su anatomía patológica. El tratamiento de los abscesos cerebrales es mejor hacerlo conociendo el germen responsable.

### CARACTERÍSTICAS DE LA BIOPSIA ESTEREOTACTICA (En qué consiste)

La intervención quirúrgica consiste en colocar en la cabeza del paciente un marco estereotáctico para realizar después un TAC de cráneo en el Servicio de Radiología, con lo que tomamos una serie de referencias para localizar la lesión y poder llegar a ella con seguridad. Después, ya en el quirófano, se realiza un agujero de trépano o una craneotomía a través de la que se accede a la lesión de la forma más directa posible para obtener un pequeño fragmento de la misma (biopsia). El estudio de esta muestra se realiza en el Servicio de Anatomía Patológica y el resultado suele conocerse en el plazo de una semana. En caso de que la lesión tenga un componente líquido, hemático o purulento, se puede procesar a su evacuación.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA BIOPSIA ESTEREOTACTICA

Debe saber que esta intervención es extremadamente compleja y delicada. Pueden haber complicaciones intra o postoperatorias relacionadas con la cirugía (HEMORRAGIA, INFECCIÓN, EDEMA CEREBRAL, ATAQUES EPILEPTICOS). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (HEMIPLEGIA, AFASIA, TRANSTORNOS VISUALES, TRANSTORNOS DE FUNCIONES SUPERIORES, COMA, ETC). Aunque las complicaciones dependen del estado del paciente y del tipo y localización de la lesión, aun tratándose de una cirugía muy poco agresiva, sea por una causa o por otra, la mortalidad posoperatoria es posible.

Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se suma. De forma regular se le suministrará información de la evolución del paciente y en caso de complicaciones de cuál es su gravedad.

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar tanto las complicaciones como su gravedad. Por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La alternativa al tratamiento propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-149

Biopsia Estereotáctica

Rev. 01

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Biopsia Estereotáctica.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Biopsia Estereotáctica.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Biopsia Estereotáctica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)