



CONSENTIMIENTO INFORMADO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO

Fecha:

Hora:

Lugar:

Nombre del Paciente:

Domicilio:

DNI/LC/LE:

Teléfono:

Autorizo al Dr. /Dra.del Servicio de Gastroenterología, y /o a los médicos por el elegidos a efectuar el procedimiento diagnóstico de PUNCIÓN PERCUTÁNEA PARA BIOPSIA HEPÁTICA (PBH) en mi persona, habiendo tornado conocimiento pormenorizado de las indicaciones, contraindicaciones y eventuales riesgos que pudieran ocurrir y los procedimientos subsiguientes que debieran ser realizados para el restablecimiento de mi salud, y notificándome expresamente que, tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado de un diagnóstico o la posibilidad de un tratamiento por medio de la intervención a la que seré sometido.

Indicaciones de PBH:

- 1-Infección crónica por virus de Hepatitis.
- 2-Alteración del hepatograma en enfermedad por abuso de alcohol.
- 3-Alteraciones crónicas del hepatograma sin causa aparente
- 3-Sospecha de enfermedad por alteración en el metabolismo del cobre.
- 4-Sospecha de enfermedades hepáticas autoinmunes.
- 5-Lesiones hepáticas focales.

Contraindicaciones de PBH:

- 1-No cooperación del paciente en el procedimiento.
- 2-Alteraciones de la coagulación plaquetopenia menor 60.000/mm³, RIN mayor 1,3)
- 3-Obstrucción de la vía biliar intrahepática.
- 4-Colangitis bacteriana.
- 5-Ascitis.
- 6-Lesiones quísticas.
- 7-Amiloidosis.

Complicaciones: 1-Dolor, 2-Infecciones intraabdominales, 3-Sangrado intraabdominal, 4- Neumotórax (aire en la cavidad pleural). Por estas complicaciones Ud. podría llegar a requerir una intervención quirúrgica. Dejo expresa constancia de haber recibido la información necesaria, y de haber entendido la indicación en mi caso, la ausencia de contraindicaciones y las posibles complicaciones de este procedimiento y sus consecuencias.

PACIENTE.....DNI.....

FAMILIAR.....DNI.....

FIRMA.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

ACLARACION.....