

## CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA

Lugar y fecha..... Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle el procedimiento descrito a continuación.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo de la biopsia ..... y las consecuencias de no llevar a cabo dicho procedimiento quirúrgico, que consiste en realizar una toma de material, para obtener muestras de un tejido vivo por punción o escisión de los tejidos involucrados para analizarla posteriormente, la muestra será analizada por un patólogo especialista lo cual nos brindara un diagnóstico de certeza.

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda en evolución diagnóstica de enfermedades infecciosas, micóticas y bacterianas., para determinar el tipo de tumor, en lesiones con sospecha de cáncer, cualquier lesión de aspecto clínico compatible con ulcera, ulceración, erosión, ampolla, y que no muestre evidencia de curación en 5 a 10 días, nódulos de crecimiento rápido, lesiones negras, lesiones blancas, lesiones rojas, cualquier tejido eliminado quirúrgicamente o eliminado espontáneamente.

### **Tratamientos Alternativos: (Riesgos, Beneficios y Perjuicios):**

.....  
.....  
.....

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este procedimiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el procedimiento objeto del presente consentimiento.

### **Riesgos molestias y efectos adversos previsibles**

- > Molestias postoperatorias que puedan durar desde unas horas hasta varios días y para lo cual se administrará medicación en caso de ser necesario.
- > Tumefacción (Hinchazon) post- operatorio del área.
- > Infección y dolor.
- > Trismus, (limitación de la apertura de la boca), que usualmente dura algunos días pero puede persistir durante un período más prolongado.
- > Parestesia (pérdida de la sensibilidad)
- > Hemorragia (sangrado abundante)

### **Riesgos Personalizados**

Además de los riesgos antes descritos, por mi circunstancias especiales hay que esperar los siguientes

riesgos:.....  
.....  
.....

**Medicación Indicada.**

Pre quirúrgico: .....  
.....  
.....

Post quirúrgico:.....  
.....  
.....

**Consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto.**

La no realización de la toma de material, implica no poder brindar un diagnóstico de certeza sobre la patología que usted padece, impidiendo como consecuencia brindar un tratamiento adecuado al caso.

Otros:.....  
.....  
.....

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_

El/la que suscribe ..... DNI N° .....  
con domicilio en calle.....  
otorgo mi consentimiento para que se me realice la/las extracción/es del/los elemento/s  
.....propuesto por el Dr/a  
.....-

Firma del Paciente o Representante  
Aclaración.  
DNI.

Firma del Profesional