

**ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACION DE PRÁCTICA DIAGNOSTICA AMBULATORIA**

Apellido y Nombre del Paciente:

DNI N°: Edad: TE: TE CEL:

Domicilio: Localidad:

Apellido y Nombre del Médico:

Matrícula Profesional N°:

La práctica se realiza en: Hospital Clínica Consultorio

Dirección: TE:

Yo.....autorizo al

Dr.....o a su equipo para que se me realice:

.....(c
olocar lo que corresponda: Punción biopsia de próstata o Estudio urodinámico o Uretrofibroscopia
etc.)

Dejo expresado que concurrí voluntariamente para que se me practique el procedimiento indicado y doy mi consentimiento a que pueda ser documentado en imágenes con fines científicos o con propósitos docentes, a condición de que mi identidad no sea revelada.

El médico me explicó que el procedimiento a realizar es ambulatorio.

Acepto que aún con una adecuada técnica y su correcta realización, puedan aparecer efectos indeseables o complicaciones tales como:

- 1) Hemorragias intra o post procedimiento.
- 2) Infecciones locales o generales a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada.
- 3) Lesiones no esperadas en el órgano intervenido u órgano vecino.

4) Otras:.....
.....

Se me explicó que estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, aunque en situaciones especiales es necesario internar de urgencia.

Previo a la realización del procedimiento se me preguntó sobre si padecía alergias medicamentosas, alteraciones en la coagulación, patologías cardio pulmonares, también se me interrogó sobre la existencia de prótesis o por la presencia de enfermedades que aumenten los riesgos como: diabetes, anemia, hipertensión arterial, otras:.....
.....

Como preparación previa al tratamiento se me realizó estudios básicos de laboratorio, se me descartó la presencia de infección urinaria (o en casos especiales y con la autorización e indicaciones del especialista infectólogo con la presencia de infección urinaria) y se me indicó la toma de antibióticos en forma profiláctica, junto a las siguientes indicaciones:.....
.....

Todas las explicaciones de este documento fueron claras y simples permitiéndome aclarar cualquier duda así como se me informó que puedo revocar este consentimiento hasta el mismo momento del procedimiento.

.....AUTORIZO A QUE SE ME REALICE:

.....

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR/ SUBROGANTE/ REPRESENTANTE LEGAL

Aclaración:.....

Relación:.....

DNI:.....

.....

FECHA:.....

FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE

SELLO ACLARATORIO

FECHA:.....