



Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PUNCIÓN-BIOPSIA HEPÁTICA

Por la presente dejo constancia de haber sido informado/a por el/la Dr./Dra.....sobre las características del procedimiento médico que se me ofrece para la extracción de muestras de mi hígado, a fin de establecer las características de la afección que padezco.

Se me ha explicado que el procedimiento se denomina punción-biopsia hepática. Luego de efectuar la correspondiente anestesia local, el médico introducirá una aguja hueca en la zona del hígado. A través de la misma y mediante una técnica de aspiración se podrá obtener una pequeña muestra del mismo.

El procedimiento ofrecido es necesario para efectuar o confirmar el diagnóstico de diversas afecciones hepáticas, entre ellas la que padezco:..... y además, para conocer el grado de daño (inflamación y fibrosis) que la enfermedad ha causado. Para ello, se realizarán diversas coloraciones y se examinará al microscopio la muestra que se me extraiga del hígado.

Dentro de los días previos a la biopsia, se realizará un estudio de coagulación: *el mismo es necesario para mejorar la seguridad del procedimiento.*

El día de la biopsia se marcará con ayuda de una ecografía el sitio de punción. Unos minutos antes del procedimiento se administrará en forma intramuscular medicación necesaria para efectuar la biopsia.

He comprendido que las complicaciones más frecuentes consisten en molestias o escaso dolor en la zona donde se realiza la punción y dolor leve en la zona del estómago u hombro.

Se me ha informado que son muy infrecuentes las siguientes complicaciones:

- Hemorragias en el hígado o en su envoltura o en la cavidad abdominal.
- Pasaje de bilis hacia la sangre.
- Reacciones alérgicas o analgésicos posteriores a la biopsia.

Estas complicaciones en muy raros casos pueden conllevar riesgos graves. Se estima que la probabilidad de muerte es de un caso entre diez o doce mil personas que reciben punción-biopsia hepática.

He comprendido finalmente que la realización de este estudio es necesaria y que no existen otros métodos que permitan obtener resultados semejantes; en éste sentido la biopsia hepática es la única alternativa disponible en éste Hospital.

Manifiesto que he sido ampliamente informado por el Dr./Dra.sobre los alcances, riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento que se me ofrece, que he podido preguntar y he comprendido la información suministrada y que por lo tanto consiento expresamente que se realice la punción-biopsia hepática programada para el día / /

FIRMA Y FECHA

DATOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellido: _____

Nº de Documento: _____