

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** La biopsia de próstata es la prueba que nos permite confirmar o descartar el cáncer de próstata en los pacientes que tienen un PSA elevado o un tacto rectal sospechoso. Consiste en la obtención de pequeños fragmentos de la próstata con una aguja especial para su posterior análisis en el Servicio de Anatomía Patológica.

**2. ¿Cómo se realiza?:** La exploración se realiza con **anestesia local** mediante la introducción de una sonda de ultrasonidos por **vía rectal** que permite visualizar la próstata y obtener mediante una aguja a través del recto o el periné (zona situada entre los testículos y el ano) múltiples fragmentos de la próstata para su posterior análisis. Habitualmente se realiza de manera ambulatoria sin necesidad de ingreso.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria a pesar de la profilaxis antibiótica, **hematuria** o sangre en la orina, **hemospermia** o sangre en el semen, **uretrorragia** o sangre por el orificio uretral no relacionada con la micción, molestias abdominales o perineales
- **Infrecuentes (menos de 10%):** **Reacciones alérgicas** al anestésico local que pueden llegar a producir un shock anafiláctico. **Retención urinaria** que puede requerir sondaje transitorio o permanente. **Hematuria o rectorragia severa** que puede precisar ingreso. **Sepsis o infección generalizada grave** que puede requerir incluso el ingreso en UCI. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir técnicas invasivas generalmente de urgencia, incluyendo el riesgo vital.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** Confirmar o descartar la presencia de un cáncer de próstata y establecer el tratamiento adecuado a su situación clínica.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Su no realización puede suponer evitar un tratamiento curativo ante un posible cáncer de próstata.

**6. Alternativas:** No hay una alternativa a la biopsia para el diagnóstico del cáncer de próstata. El PSA y las exploraciones radiológicas son pruebas complementarias, y a pesar de que la sospecha diagnóstica sea alta, sólo la biopsia da el diagnóstico definitivo.

**7. Riesgos en función de su situación:** La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes o infección urinaria pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones tras la biopsia.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_