



DIAGNOSTICO POR IMÁGENES SUDESTE S.A.

Pío Angulo 144 – Tel./Fax 03534-416565 – X2550 BELL VILLE (Cba.)

e-mail: info@diagnosticosudeste.com.ar

REG.84
REV.1°
FECHA:
10/11/06

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS GUIADOS POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Usted debe someterse, por indicación de su médico tratante, a un estudio diagnóstico (tomografía computada). El mismo servirá de guía para tomar una muestra de una parte de su tejido corporal (biopsia), para poder ser así remitido al anatómo patólogo y poder saber de qué afección se trata, dentro de las muchas posibilidades. Habiéndolo examinado, analizando su historia clínica y conversando con su médico de cabecera, coincidimos en que éste procedimiento podrá ayudar a conseguir lo ya enunciado, no habiendo una alternativa disponible superior al mismo. De conseguirse éste objetivo, será altamente beneficioso para su tratamiento, ya que se le podrá poner "nombre y apellido" a su enfermedad. Sin embargo en algunas ocasiones es imposible obtener el material en cantidad y/o calidad suficiente, por lo que éste objetivo no se logrará, debiéndose continuar la investigación por otros medios. El tomar una muestra de tejido corporal, no está exento de riesgos, ya que no deja de ser una intervención quirúrgica, aunque más no sea mínimamente invasiva. Por tal motivo podrían suceder hemorragia, infección, dolor a posteriori en el sitio de abordaje, etc. De todas maneras, todo el personal que trabaja en la Institución está entrenado para el manejo de las complicaciones que se pudieran presentar, tanto en forma inmediata como alejada.

En su caso particular, usted será sometido/a a:

Procedimiento a realizar.....

Se usará anestesia: Total _____ Local _____

Tiempo estimado del estudio: _____ Hs. _____ Minutos

Cuidados post procedimientos:
.....
.....

Tiempo estimado para el resultado: _____ Días

Realice todas las preguntas que desee, estamos a su disposición para aclarar cualquier tipo de duda, antes de firmar este consentimiento, una vez aclarada la misma y encontrándose satisfecho con la respuesta, por favor firme a pie.

.....
Firma del paciente o representante legal

Aclaración:.....

Documento:.....

.....
Firma del médico interviniente

Aclaración:.....

Matrícula:

Fecha de impresión:

Cantidad: