VARIFARMA
Compromiso con la calidad

ARGENTINA • BRASIL • CHILE • COLOMBIA
ECUADOR • PARAGUAY • PERÚ • URUGUAY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Toma de muestras para diagnóstico genómico de Cáncer de Próstata

INFORMACIÓN

• ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

La toma de muestras para diagnóstico consiste en recoger una muestra biológica de su organismo. Las muestras biológicas más solicitadas en la práctica clínica son: sangre, orina, heces y esputo, aunque pueden recogerse otras.

El profesional de la salud recibirá el taco de parafina de la paciente y lo evaluará para corroborar que sea apto para la realización del test. En caso de que el material sea óptimo, realizará cortes seriados en blanco en porta objetos para su posterior examinación.

• ¿PARA QUÉ SIRVE?

El estudio patológico mencionado puede aportar información muy útil sobre el diagnóstico o la evolución de su enfermedad lo que permitirá un tratamiento más adecuado. Tan importante como su obtención es el manejo de la muestra, por lo que existen normas estrictas para la correcta recogida, manipulación, transporte y conservación de la muestra, así como para su adecuado procesamiento en laboratorio.

• ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

La toma de la muestra apenas presenta riesgos. Para garantizar la seguridad del paciente, se efectuará por personal sanitario capacitado y bajo condiciones de seguridad y de asepsia rigurosa.

Riesgos frecuentes: En el caso de la toma de muestra sanguínea, puede producirse un mínimo hematoma en la zona del pinchazo, por lo que será conveniente que después se realice presión sobre la zona puncionada. El resto de las muestras habitualmente recogidas (orina, esputos, heces) no presentan riesgos.

Riesgos infrecuentes: En algunos pacientes, por sus características individuales, resulta difícil extraer la muestra de sangre, por lo que tal vez sea preciso puncionarles repetidas veces hasta obtener la muestra de sangre.

Riesgos personalizados: Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales.

• ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

Si es posible obtener la información que se busca de otra manera, se lo explicarán sus médicos.

• ¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La consecuencia será que la información que precisan los médicos para su adecuada atención será menor, lo que puede mermar sus cuidados sanitarios.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

Uruguay 3698, (B1643AVK) Béccar. Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 4723-2830 (Líneas Rotativas). Fax: 4723-2831. Tel./ Fax Ventas: 4723-1388
E-mail: laboratorio@varifarma.com / www.varifarma.com

PACIFICO
estudio de diseño especializado en salud

estudiopacifico.com.ar
4637.0587 I 11.5487.8529
lsaracco@estudiopacifico.com.ar

TIPO DE MATERIAL: HOJA FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO
CANTIDAD DE PAGS.: --
PAPEL: chambrill 90 grs.
MEDIDAS: A4
COLORES: 4/4
TROQUEL ESPECIAL:
TERMINACIÓN: --
OBSERVACIONES: ----

VARIFARMA
Compromiso con la calidad

ARGENTINA • BRASIL • CHILE • COLOMBIA
ECUADOR • PARAGUAY • PERÚ • URUGUAY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Toma de muestras para diagnóstico genómico de Cáncer de Próstata

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA DIAGNÓSTICO GENÓMICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso. Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento. También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Uso de datos Personales (Ley 25326 - Protección de los Datos Personales). Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Laboratorio Varifarma S.A. para el uso de mis datos personales en todo lo vinculado a la necesidad de gestión, administración y comunicación; de acuerdo con los fines relacionados al presente acuerdo. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Observaciones del paciente: _____

• CONSENTIMIENTO - AUTORIZACIÓN

PACIENTE:	MÉDICO / RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:
Lugar y fecha:	
Firma Paciente:	Firma y sello Médico:
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI / Matrícula:

• REVOCACIÓN

PACIENTE:	MÉDICO / RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:
Lugar y fecha:	
Firma Paciente:	Firma y sello Médico:
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI / Matrícula: