

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD DE BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR FUSION RM-ECOGRAFIA.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA

**¿En qué consiste?** La biopsia de próstata guiada mediante fusión de imágenes de Resonancia magnética y ecografía consiste en la extracción de tejido prostático o vesículas seminales y detectar el cáncer de próstata.

**¿Cómo se realiza?** El examen se realiza insertando una sonda ecográfica, por vía rectal para fusionar las imágenes de su próstata con una resonancia magnética (RM) prostática previa y dirigir la biopsia a los nódulos sospechosos descritos en la RM o visibles en la ECO.

Esta técnica FUSIÓN RM-ECO mejora la eficacia de detección de tumores prostáticos frente a la biopsia habitual a ciegas, por sextantes o biopsia guiada sin fusión ecográfica-RM.

La prueba es moderadamente invasiva pues se trata de una punción de la glándula prostática ya sea por vía rectal o transperineal (A través de piel cerca del ano), mediante sedación-anestesia, de tal modo que las molestias habituales se ven muy reducidas.

Tras la prueba precisará reposo relativo, ingesta de analgésicos y toma de antibióticos antes y tras la prueba, para reducir el riesgo de infección o sangrado.

No deberá conducir tras la prueba y deberá marcharse acompañado y se le entregará una hoja de preparación previa al procedimiento y otra de recomendaciones al alta.

**¿Qué riesgos puede ocasionar?** Es un procedimiento muy tolerable y con riesgos leves, con potenciales complicaciones que en casos excepcionales pueden conllevar riesgo vital.

Existe un riesgo moderado de sangrado por uretral (Hematuria o uretrorragia) o rectal (rectorragia) aumentando en **pacientes que toman antiagregantes, anticoagulantes o con trastornos de la coagulación**. En general son procesos autolimitados que podrían precisar transfusiones y ex excepcionalmente embolización o cirugía. Notifique por tanto cualquier antecedente médico que le haga propenso al sangrado o cualquier ingesta de medicamentos o terapia alternativa. Ocasionalmente puede desarrollar **dificultad urinaria** y raramente retención urinaria que precise sondaje.

Puede desarrollar **infección urinaria** (Prostatitis, cistitis, etc) por lo cual usaremos profilaxis antibiótica y tras la biopsia. Más raramente puede desencadenar una infección severa (Sepsis) que requeriría ingreso hospitalario y que excepcionalmente precisara una intervención quirúrgica urgente. Podría surgir reacciones cutáneas-hematomas en la zona de la inserción de las agujas.

Existe el riesgo de perforación rectal o de asas intestinales, inherente al procedimiento, lo cual realizará una preparación previa y profilaxis antibiótica que deberá cumplir de manera estricta. Debe notificar los medicamentos que toma, así como alergias medicamentosas, anestésicos, latex, para evitar cualquier riesgo. Todas las dudas o complicaciones previas o postbiopsia debe notificarlo al número de teléfono que se le adjunta para indicarles las medidas.

C.S. DE BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR FUSIÓN RM-ECOGRAFIA Ed. ABR-2022

1

## PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)

## PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

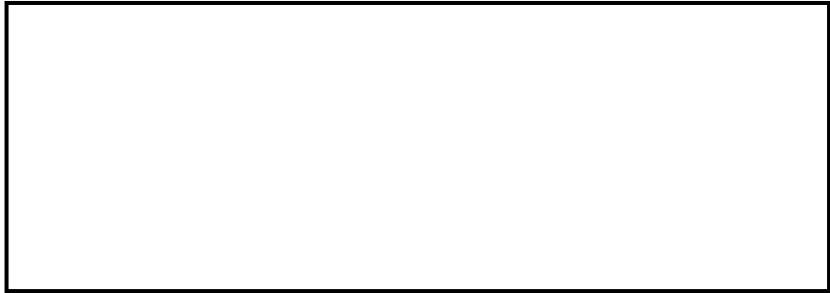
Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

## FUSION PROSTATA

	<p><b><u>DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.</u></b> Lugar: C/ España 24 (Entrega). Horario: De lunes a viernes de <b>11 a 14 y de 17 a 20 h.</b> TLF.- 91 3084088 Consulta de resultados <a href="mailto:resona.resultados@resona.es">resona.resultados@resona.es</a> <b>Visite nuestra WEB: <a href="http://www.resona.es">www.resona.es</a></b></p>
	<p>FIRMA DEL PACIENTE</p>

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD DE BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR FUSION RM-ECOGRAFIA.

Toda la información que pueda aportarnos será muy útil para la realización del informe de su prueba.



Ante cualquier duda o información adicional que pueda aportarnos, no dude en hacérselo saber a nuestro personal técnico.

## CONTRAINDICACIONES DE LA PRUEBA.

¿Ha tenido usted algún episodio previo de reacción severa ante fármacos, anestésicos, antibióticos? \_\_\_\_ ¿Ha sufrido algún síntoma o reacción alérgica? \_\_\_\_ En caso afirmativo descríbalo \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted alguna enfermedad crónica (cardíaca, hepática, renal, cerebral, oftalmológica)? \_\_ En caso afirmativo ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

¿Por qué motivo le piden la prueba? \_\_\_\_\_ ¿Esta operado/a? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo ¿De qué? \_\_\_\_\_ ¿Tiene antecedentes tumorales personales? \_\_\_\_ En caso afirmativo ¿Ha sido sometido a algún tratamiento (quimioterapia, radioterapia,...)? \_\_\_\_\_  
¿Tiene insuficiencia renal? \_\_\_\_ ¿Es diabético? \_\_\_\_ ¿Toma metformina? \_\_\_\_ .  Es hipertenso o toma medicación para el control de la tensión arterial?

El abajo firmante declara que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre prueba que se ha de realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y que de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales, de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autorizo a RESONA el uso de las imágenes de mis estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** \_\_\_\_\_ **DNI.** \_\_\_\_\_  
O REPRESENTANTE LEGAL

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal:

## Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y **firmará esta hoja**, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

## DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_. AUTORIZO a D./Dña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma de la persona que recoge el estudio \_\_\_\_\_