

FECHA: _____ **NOMBRE:** _____
CEDULA: _____ **TELEFONO:** _____ **CELULAR** _____
CORREO: _____

- ¿Se ha realizado una biopsia de próstata anteriormente?
SI ___ NO ___
Hace cuánto: _____
- ¿Ha tenido antecedentes de trastornos hemorrágicos o está tomando medicamentos anticoagulantes, Aspirina u otro medicamento que afecte la coagulación de la sangre?
SI ___ NO ___
CUALES: _____
- ¿Está recibiendo algún tratamiento para la tensión? / TA:
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Alguna vez ha sufrido infarto?
SI ___ NO ___
Hace cuánto: _____
- ¿Sufre de alguna enfermedad en los riñones o está recibiendo tratamiento de diálisis?
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Ha recibido antibióticos en los últimos tres meses?.
SI ___ NO ___
CUALES: _____
- ¿Le han realizado algún procedimiento urológico en las últimas tres semanas o tiene una sonda uretral?
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Ha recibido Corticoides, Antivirales o Retrovirales en los últimos 3 meses.?
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Ha presentado alguna infección viral en los últimos 3 meses, como herpes o gripe?
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Es sensible o alérgico a algún medicamento, al látex, cinta o agentes anestésicos (locales y generales).?
SI ___ NO ___
CUAL: _____
- ¿Su orden de biopsia es por saturación?
SI ___ NO ___

- ¿Tiene resultados de resonancia nuclear magnética de Próstata?
SI ___ NO ___
- Queremos informarle que la práctica de este examen, puede generar las siguientes complicaciones : Hemospermia, dolor pélvico, hemorragia micro y macroscópica , sangrado en la orina, rectorragia, fiebre, escalofríos, sepsis. ¿Ha comprendido?
SI ___ NO ___
- **EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE, ESCALOFRIOS; DEBE ACUDIR AL CENTRO DE URGENCIAS.**
- ¿Es usted médico o trabaja en el área de la salud o trabaja en medio hospitalario.?
SI ___ NO ___
- **LABORATORIOS:**
- PSA.: _____
 - PARCIAL DE ORINA Y/O UROCULTIVO. : Normal: _____ Anormal: _____
 - CREATININA. : _____
 - PT. : _____
 - PTT. : _____
- ¿CULTIVO RECTAL SENSIBLE A QUINOLONAS?
SI ___ NO ___

PROTOCOLO PARA PACIENTES CON Sonda TRANSURETRAL.

- Se debe cambiar la sonda transuretral tres días antes de la biopsia de próstata.
- Posterior a esto se debe realizar un parcial de orina y cultivo de orina, este resultado debe estar negativo.
- SI USTED TIENE Sonda TRANSURETRAL, ¿SE LE HAN DADO LAS INDICACIONES.?
SI ___ NO ___
- ¿SE LE INDICA NO VIAJAR EN LOS PROXIMOS 8 DÍAS POSTERIORES A LA BIOPSIA?
SI ___ NO ___
- ¿QUE TIPO DE ANESTESIA SE LE VA HA PRACTICAR ANTES DEL EXAMEN?:
- TOPICA. SI ___ NO ___
 - BLOQUEO DE PLEXO PROSTATICO. SI ___ NO ___
 - SEDACION. SI ___ NO ___
 - O NINGUNA DE LAS ANTERIORES. SI ___ NO ___
- ¿QUIEN ASUME LOS COSTOS DE LA ANESTESIA.?
Paciente _____ Empresa : _____
- SE LE INFORMA VALOR BLOQUEO DE PLEXOS.
SI ___ NO ___

➤ SE LE HACE ENTREGA DE PREPARACION PARA EL EXAMEN
SI ___ NO ___

CAUSA:

- Exámenes alterados
- Remisión a Infectología
- Antibióticos en los últimos tres meses
- Ingesta de anticoagulantes
- Otra ___Cuál: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FUNCIONARIO

Observaciones:
