

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTO: Biopsia Percutánea

D/Dña. como paciente (o representante del paciente D/Dña.) manifiesto que he sido informado por el Dr. de los siguientes aspectos:

PROCEDIMIENTO: Se solicita mi consentimiento para realizar una punción/biopsia percutánea.

Los médicos que me atienden creen que esta prueba puede ser imprescindible para llegar al diagnóstico de mi enfermedad, ya que permite obtener muestras de tejido para analizarlo al microscopio sin tener que hacer una exploración quirúrgica.

Si la punción es dirigida con la ayuda de un método ecográfico y/o radiológico se dirige la aguja hasta llegar a la lesión, y luego se obtiene una muestra que después estudiara el patólogo al microscopio. En ocasiones puede ser necesario efectuar varios pinchazos. La prueba se realiza a veces con anestesia local. A pesar de todo, el procedimiento puede resultar algo molesto, y en algunos casos, dependiendo del tipo de lesión y del lugar donde esté situada no se consigue material suficiente para ser analizado.

RIESGOS: Generalmente las complicaciones de la prueba son leves y no requieren tratamiento. Sin embargo, raras veces se produce hematoma y/o infecciones en el lugar de la punción. Ocasionalmente pueden hacer necesario su hospitalización para tratamiento medico o quirúrgico. Excepcionalmente neumotórax (aire en la pleura) y reacciones vasovagales (mareos, nauseas, sudoración, etc. ...)

De forma muy excepcional la anestesia local puede producir complicaciones graves (esta anestesia es exactamente la misma que utiliza un dentista localmente).

Sería recomendable permanecer en la clínica al menos 15-20 minutos para realizar una pequeña observación inmediata después de la realización de la biopsia.

Si está usted tomando alguna medicación, especialmente tratamiento antiagregante o anticoagulante, por favor consulte con nosotros.

No olvide que estamos a su disposición en todo momento para resolver cualquier duda que usted tenga. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO: QUE TODAS MIS DUDAS Y PREGUNTAS HAN SIDO CONVENIENTEMENTE ACLARADAS y que he comprendido toda la información que se me ha proporcionado. Por ello, en pleno uso de mis facultades mentales y libremente, doy mi consentimiento a los profesionales adecuados que se precisen, para que se me realice la exploración descrita.

Málaga, a de de

Firma del Paciente
(o Representante Legal)

Firma del Médico

Firma del Testigo