

Izena / Nombre :

1. abizena / 1º apellido :

2. abizena / 2º apellido:

HKZ / Nº.H.C.: Adina / Edad :

Zerbitzua / Servicio : Data / Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN BIOPSIA GENERAL GUIADA POR TAC

Médico que le informa, Dr. N° Colegiado: Fecha:/...../.....

A. INFORMACIÓN SOBRE LA PUNCIÓN BIOPSIA

- La punción biopsia, consiste en tomar una muestra de su lesión para analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad.
- Se pinchará esa zona a través de la piel con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local. Durante la exploración se le pedirá su colaboración para evitar posibles complicaciones.
- Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.
- Una vez realizada la prueba deberá permanecer en reposo al menos 12 horas, pasando las primeras en la clínica.
- Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

➤ Por la técnica que estamos realizando:

- Al pinchar la lesión, en función de los tejidos u órganos que haya que atravesar pueden provocarse lesiones en los mismos.
- Sangrado en, aunque es raro y no suele requerir tratamiento. Mucho más raro es que se produzca una hemorragia importante que requiera tratamiento.
- Infección, complicación rara debido a las condiciones de asepsia en las que se realiza la biopsia.

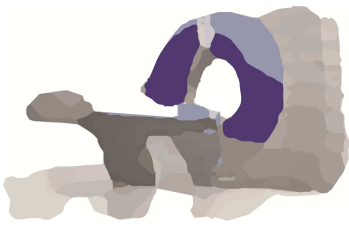
- De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

B. RIESGOS Y COMPLICACIONES DE SU REALIZACIÓN

- **Por la exposición a los rayos X:**
 - Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo.
 - Los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

C. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



**Consentimiento Informado para la
Punción Biopsia de Pulmón
Guiada por TAC**

D. ALTERNATIVAS

- En la actualidad, se podría obtener una muestra del órgano en un quirófano mediante intervención quirúrgica

.....
.....
.....
.....

- Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

ICONOGRAFÍA/ COMENTARIOS

E. DECLARO

- Que he sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza, ventajas, inconvenientes y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Que he comprendido la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído oportunas y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

**EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA PUNCIÓN BIOPSIA GENERAL
GUIADA POR TAC**

Fecha:/...../.....

DNI Paciente:

Firma Paciente:

DECLARO HE PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE Y HE DADO RESPUESTA A SUS DUDAS

Fecha:/...../.....

Nº Colegiado:

Firma Médico:

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)

D. / Dña. Parentesco (madre, padre, hijo, tutor, etc)

Fecha:/...../.....

DNI:

Firma: