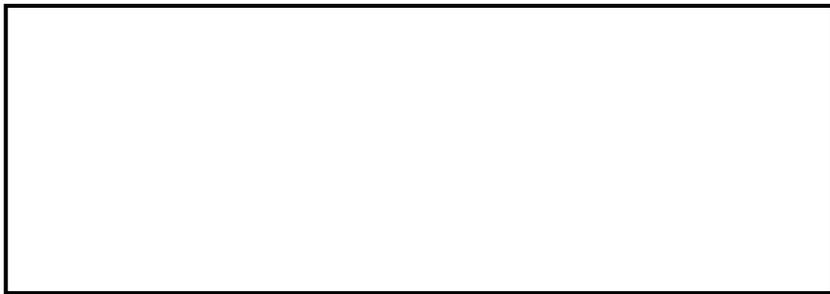


CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN BIOPSIA DE TIROIDES (PAAF)



1

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

La punción biopsia con aguja fina (PAAF), consiste en tomar una muestra de su lesión para analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad. La colocación se realiza con una aguja especial con anestesia local previa. Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El material que se obtiene por este método permite hacer un diagnóstico exacto de su patología.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

Las complicaciones de estas técnicas son muy poco frecuentes, la complicación más habitual es el sangrado en el área de la punción. Dado que el tiroides es un órgano superficial este sangrado suele tener escasa repercusión.

En algunos pacientes (pacientes en ayunas, con ansiedad, hipotensos etc..) puede producirse una reacción vagal, con sudoración, taquicardia, y sensación de pérdida de conocimiento. Casi siempre se solucionan con tratamiento postural, no precisando tratamiento medicamentoso.

La infección es muy rara ya que se utiliza la máxima asepsia y todo el material es estéril.

En nuestra clínica contamos con el personal y medios técnicos necesarios para atenderle.

DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

Si usted tiene algún problema en la coagulación de la sangre, o está tomando anticoagulantes o antiagregantes (sintron, clopidogrel, aspirina, heparina) deberá comunicarlo antes de iniciar la prueba.

De acuerdo el cuestionario de seguridad y datos sanitarios que nos ha facilitado, los riesgos adicionales que usted asumiría al consentir esta prueba serían: _____

Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer: _____

POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

Para obtener un diagnóstico exacto de su enfermedad, la alternativa sería obtener una muestra mediante intervención quirúrgica. En su caso particular, se ha considerado que ésta es la prueba diagnóstica más adecuada.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

(*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D^a _____ como paciente (o representante del paciente
D / D^a _____), manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para _____ ,
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

C.I.PAAF.TIR Ed.1 ENE - 2021

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____

Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

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.