

Consentimiento informado para
PUNCIÓN BIÓPSICA
bajo control ecográfico

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....
D.N.I: Hora:: Domicilio:

Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes intervencionista denominado
PUNCIÓN BIÓPSICA BAJO CONTROL ECOGRÁFICO

CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

Por indicación de su médico, deberá Ud. someterse a un estudio de diagnóstico intervencionista (punción bajo control ecográfico), que servirá de guía para tomar una muestra de una porción de su tejido corporal (biopsia). Dicha muestra, será analizada por un Médico Anatomopatológico, quien luego de procesar el material obtenido y remitido elaborará un Informe Anatomopatológico o resultado. Habiéndose examinado al paciente, analizado su historia clínica y de acuerdo a la indicación del médico de cabecera del paciente, se coincide con que este procedimiento permitirá identificar la eventual enfermedad, para poder así decidir el tratamiento a seguir. Sin embargo, se deja constancia que en algunas ocasiones, es imposible técnicamente obtener el material en cantidad y/o calidad suficientes debiendo continuar la investigación por otros medios.

El procedimiento a efectuar es solamente de diagnóstico. Puede reemplazar otro procedimiento diagnóstico de mayor riesgo como es la biopsia quirúrgica. La terapéutica será decidida por el médico tratante.

En este caso particular, se le realizará una punción de
La biopsia será evaluada, analizada y diagnosticada por el/la Dr./Dra.
quién le hará saber por informe escrito su resultado.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Puede notar molestias, sobre todo en la fase inicial del procedimiento, y hasta que el anestésico local haga efecto. Durante el resto de la prueba es poco frecuente que note molestias. Después de la prueba deberá seguir las recomendaciones que le hagan el radiólogo interviniente y su médico tratante.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Se podrá conocer la naturaleza de la lesión y ofrecerle un tratamiento específico si lo precisa y sin necesidad de tener que realizarse una biopsia quirúrgica (en un quirófano) y someterse a un procedimiento anestésico general.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que puedan aparecer en este proceso o intervención. Como ya se expresó, el tomar una muestra del tejido corporal no esta exento de riesgos ya que no deja de ser una intervención quirúrgica mínimamente invasiva, por tal motivo, no se descartan:

- Reacciones alérgicas locales o generales al antiséptico o a la anestesia local.
- Excepcionalmente puede ocurrir infección en el sitio de la punción o en el trayecto de la pun

Continúa

CONSENTIMIENTO

ción, que en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada.

- Hematomas locales tratados con hielo y compresión o eventualmente hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y requerir transfusión sanguínea, internación y cirugía.
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con el consiguiente trastorno sensitivo o motor de la zona inervada por ese nervio.
- Flebitis o tromboflebitis con la consiguiente complicación embólica.
- Diseminación de la tumoración.
- Dolor local.
- Rotura de la aguja de punción.
- Es posible, aunque en forma infrecuente, que las complicaciones antes mencionadas pongan en riesgo la vida del paciente.

Para su tranquilidad, el Centro y los profesionales intervinientes poseen amplia experiencia en este procedimiento, no habiéndose registrado complicaciones de ningún tipo en los últimos años pese al número de prácticas realizadas. En caso de surgir alguna complicación contará Ud. con la asistencia de la mayor complejidad hasta su internación a cargo de su cobertura de salud en el sitio que ella indique.

Para el caso de considerárselo necesario, podrá permanecer transitoriamente en observación en nuestra institución luego del procedimiento, dependiendo del tipo de punción.

SITUACIONES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicación, especifíquelo.

Indique también al personal que lo atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavit®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre. Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional)

Si Ud. tiene historia alérgica a los contrastes yodados, a otros fármacos, asma u otra enfermedad alérgica respiratoria, padece de corazón o tiene insuficiencia renal, deberá comunicar esta circunstancia al profesional que le va a realizar el estudio.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. Puede hacer falta tomar imágenes, fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico.

En cualquier caso serán usadas si Ud. da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. **SI - NO Autorizo**

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quién evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición. También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico

que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones. El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quién así se constituye en su depositario.

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **PUNCIÓN BIÓPSICA BAJO CONTROL ECOGRÁFICO**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

CONSENTIMIENTO

Testigo		Paciente	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
D.N.I	Firma	Nº Matricula	Firma