

Consentimiento informado para  
**PUNCIÓN ASPIRACIÓN**  
con aguja fina de tiroides

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 ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES, tal como se lo solicitara su médico tratante, quien evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUE SIRVE**

En los estudios que se le ha realizado previamente se ha detectado una lesión en el tiroides. Para saber exactamente de qué lesión se trata es necesario tomar una muestra de la misma, que será estudiada por un médico especialista (patólogo).

**CÓMO SE REALIZA**

Tras administrarle anestésico local en la zona donde se localice la lesión se obtendrá la muestra mediante una aguja especial muy fina. En ocasiones, y si la lesión está muy accesible, la punción se realizará sin anestésico local. Este punto se lo aclarará el radiólogo en el momento de realizar la punción. Para poder tomar la muestra con seguridad, la lesión se localizará mediante ecografía. Dependiendo de donde se localiza la lesión la duración será distinta. Normalmente es un procedimiento que dura 10 minutos.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Puede notar molestias, sobretodo en la fase inicial del proceso, y hasta que el anestésico 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 y su médico.

**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.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO**

La alternativa para conocer la naturaleza de la lesión del tiroides es la intervención quirúrgica.

**QUE 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 pueden aparecer en este proceso o intervención.

**LOS MÁS FRECUENTES**

Los más frecuentes son los leves como escozor al introducir la anestesia, o dolor en el lugar de la

Continúa

biopsia una vez pasa el efecto de la anestesia. Dependiendo de la sensibilidad de cada paciente, puede presentarse una ligera y transitoria molestia (leve dolor al tragar que desaparecerá en pocos minutos).

#### **MEDIANAMENTE FRECUENTE**

Hematoma en el interior del tiroides y/o en los tejidos de alrededor

#### **LOS MÁS GRAVES (muy excepcionalmente pueden presentarse)**

- Náuseas, vómitos, hipotensión y/o enlentecimiento del pulso
- Infección (ocasionada por la punción)
- Punción de la traquea y aparición de esputos manchados de sangre
- Hematoma alrededor de los grandes vasos del cuello

LOS DERIVADOS DE SU PROBLEMA DE SALUD:.....

#### **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicamento, 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 usted 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, hacer fotos y/o videos. Sirven para documentar mejor su caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted 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 quien 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,

Continúa

CONSENTIMIENTO

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 ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES**. (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

<b>Testigo</b>		<b>Paciente</b>	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
<b>Representante legal</b>		<b>Médico</b>	
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma