

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA-EXTIRPACIÓN GANGLIONAR O DE TUMORACIÓN

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extraer todo o una pequeña muestra de un ganglio linfático o una tumoración. Se realizará a través de una incisión en la piel sobre la zona del ganglio linfático o la tumoración.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios y poder realizar el tratamiento más adecuado.

En general esta técnica quirúrgica se realiza de forma ambulatoria. Para la realización de la misma será necesaria la administración de anestesia local o general según sea el caso.

La finalidad de la técnica es confirmar el diagnóstico clínico por métodos analíticos para proporcionar el posible tratamiento.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

No tiene.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Frecuentes y poco graves:

- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Flebitis.
- Cicatrización anómala.

Menos frecuentes y graves:

- Hematomas importantes.
- Infección, con diferente gravedad.
- Recidiva de la enfermedad.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre y sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

No tiene.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

## AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA-EXTIRPACIÓN GANGLIONAR O DE TUMORACIÓN"

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.a \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: