

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en introducir una aguja fina de pequeño calibre a través de una incisión en la piel hasta llegar a la lesión y obtener así una muestra (biopsia) de líquido o células de la misma, para ser analizadas. A veces es necesario extraer varias muestras según el tamaño de la lesión.

El procedimiento se guía mediante ecografía o TC (tomografía computarizada), para dirigir y controlar la introducción adecuada de la aguja hasta la lesión.

Se realiza normalmente con anestesia local.

La finalidad de la técnica es conseguir muestras de líquido o células para su estudio y así poder llegar a un diagnóstico y tratamiento de la lesión.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Ocasionalmente pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Mareo.
- Hematoma en la zona de punción.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección.
- Fiebre.
- Fístulas (conexión anormal entre dos partes del cuerpo).
- Punción de otros órganos.
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

Existencia de trastornos severos de la coagulación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Biopsia mediante cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF)”

Yo, D./D^a _____, 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: