

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA DE PARTES BLANDAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La biopsia de partes blandas consiste en tomar una muestra de tejido enfermo para analizarla.

Para la toma del tejido se realiza guiada por técnicas de imagen como ecografía o TC y contraste radiológico. Se pincha a través de la piel hasta alcanzar la zona lesionada, empleando una aguja especial a través de la cual se puede extraer una muestra.

Este procedimiento se realiza con anestesia local y en algún caso concreto se podría hacer con sedación del paciente.

La finalidad de esta técnica es obtener una muestra de la lesión de partes blandas a estudiar de tejido dañado, para analizarla y llegar al diagnóstico de su enfermedad.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor de la zona de punción.
- Hematoma.
- Infección superficial o profunda.
- Lesión de vasos y nervios cercanos.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- 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 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*)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/>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, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alteraciones de la coagulación no corregible.
- Infección no controlada en el lugar de punción.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA PERCUTÁNEA DE PARTES BLANDAS"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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

Fdo. Paciente: