

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA GINECOLÓGICA

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

Es una prueba médica que se hace para obtener una pequeña muestra de tejido de algún órgano del aparato reproductor femenino, como vulva, vagina, cuello de útero o útero. Esta muestra se analiza en el laboratorio para saber si hay alguna enfermedad o para confirmar un diagnóstico.

Según el tipo de muestra que se necesite, se puede usar una aguja más fina (llamada PAAF) o una más gruesa (llamada BAG).

Es una técnica mínimamente invasiva. Se puede aplicar anestesia local para que la paciente no sienta dolor durante el procedimiento.

La finalidad de esta prueba es conocer si la tumoración es benigna o maligna, estudiar los hallazgos anormales que se hayan identificado en otras pruebas y así elegir el tratamiento más adecuado según el resultado.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Molestias leves.
- Sangrado leve.
- Infección en la zona.
- Punción accidental de órganos abdominales (vejiga o intestino).

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

- Estar embarazada.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Punción transabdominal.
- Punción guiada por ecografía.

## AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA GINECOLÓGICA"

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.<sup>a</sup> , 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: Servicio de:

---

## 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: