

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA GINECOLÓGICA POR PUNCIÓN GUIADA POR ECOGRAFIA

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

Es un procedimiento que utiliza la ecografía para visualizar y obtener una muestra de tejido de la cavidad abdominal, útero, ovarios etc.

Este método se emplea para el diagnóstico y estudio de masa abdominal, detección de cáncer o seguimiento de tratamientos oncológicos.

Para realizar la biopsia se usa un transductor (dispositivo vaginal de ecografía) para visualizar la zona y guiar la aguja hacia la lesión, tomando una pequeña muestra de tejido que se envía al laboratorio para su análisis.

El tipo de ecografía puede ser transvaginal, en cuyo caso el transductor se introduce en la vagina para obtener imágenes más detalladas, o abdominal, en la que el transductor se coloca sobre el abdomen.

En comparación con la cirugía, es un procedimiento menos invasivo y con menor tiempo de recuperación. En algunos casos, se puede aplicar anestesia local para que la paciente no sienta dolor durante el procedimiento.

La finalidad de esta prueba es obtener muestras de tejido para su análisis y confirmar o descartar diversas patologías, incluyendo el cáncer.

### **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:

- Dolor leve.
- Sangrado leve.
- Infección en la zona de punción.
- Punción accidental de órganos abdominales (vejiga o intestino).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La resolución de los problemas derivados de la realización de la prueba puede llevarse a cabo mediante tratamiento médico o quirúrgico, dependiendo de la naturaleza de los mismos.

## 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía con fines diagnósticos.

## AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA GINECOLÓGICA POR PUNCIÓN GUIADA POR ECOGRAFIA"

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: Servicio de:

---

**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: