

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PUNCIÓN PERCUTÁNEA DE LESIONES ABDOMINALES DIRIGIDA POR ECOGRAFÍA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica a la que usted va a someterse consiste en la introducción de una aguja fina a través de la piel del abdomen hasta una lesión situada en el interior (cavidad abdominal) con la intención de obtener una muestra de la misma y de sus células para ser analizadas en el microscópico. Así puede determinarse su naturaleza.

La punción se realiza bajo control de técnicas de imagen (ecografía).

CÓMO SE REALIZA

La técnica se realiza tumbado decúbito (acostado sobre su espalda o lateral), se desinfecta a la zona y en ocasiones se administra anestesia local. Posteriormente, con control ecográfico se punciona a través de la piel con una aguja fina que se dirige a la zona que nos interesa analizar, ya sea en el hígado, páncreas o cualquier otro órgano de la cavidad abdominal. Una vez situada correctamente la aguja, se realiza la aspiración para la obtención del material. Para su realización requiere que el paciente se encuentre en ayunas. La exploración se realiza en régimen de hospitalización. Si no está hospitalizado/a previamente, se llevará a cabo en forma de hospitalización de corta estancia. Así se pretende lograr una preparación adecuada y controlar al máximo su seguridad tras la exploración. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación durante las cuales se le realizarán controles médicos para detectar la posible aparición de complicaciones.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Pueden presentarse en ocasiones efectos indeseables como mareo, o hematoma en la zona de punción.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Seguro que los beneficios de la realización de dicha prueba superan los riesgos ya que nos permite realizar un diagnóstico definitivo y plantear las posibilidades de tratamiento. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Con la biopsia se conoce detalladamente la enfermedad que padece y es de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento. Si aparecieran complicaciones, se dispone de los medios necesarios para tratar de resolverlas.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Cuando se considera la realización de una biopsia es porque los datos analíticos y las técnicas de imagen no son suficientes para alcanzar un diagnóstico o porque la información necesaria sólo se puede obtener mediante el estudio de la biopsia. Su no realización nos impediría realizar un diagnóstico de la lesión e incluso obligarnos a realizar cirugía para llegar a este y poder aplicar, si lo tuviese, el tratamiento adecuado.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Pueden presentarse en ocasiones efectos indeseables como mareo, o hematoma en la zona de punción

- **LOS MÁS GRAVES:**

Son excepcionales como infección, hemorragia, fístulas, punción de otros órganos, etc, que ocasionalmente pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: Pueden tener más riesgo de hemorragia.

Se deben tomar precauciones al respecto. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento	
Apoderado: _____	Rut: _____

 Firma paciente o apoderado

 Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION	
_____ Firma Paciente o apoderado	_____ Firma Médico

