

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Otro tipo de alternativas para obtener tejido de un órgano es la intervención quirúrgica.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

Indique al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina...) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Dolor de la zona de punción. Desaparece espontáneamente.
- Hemorragia en la zona de punción. Se trata de una complicación rara, que generalmente produce únicamente un hematoma o moratón en la zona de punción.
- Hemorragia interna. Esta es una complicación muy rara. Puede obligar a la administración de sueros, a la transfusión de sangre o a la cirugía. En casos excepcionales podría causar la muerte.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Mareo o dolor en el omoplato y región epigástrica, que generalmente desaparece de forma espontánea.
- Reacción pancreática (pancreatitis generalmente leve) debido a la punción del páncreas.
- Excepcionalmente derrame de bilis en la cavidad abdominal.
- Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán todas las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de biopsia abdominal y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE EL PROCEDIMIENTO

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años
de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en
calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y
dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento
otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y
() deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____