



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN-BIOPSIA PERCUTANEA DE PULMON

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE PULMÓN

Se pone de manifiesto que el Dr./a:_____ del Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización. El procedimiento al que voy a ser sometido se resumen en:

La punción biopsia de pulmón, consiste en tomar una muestra de su lesión pulmonar para analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad.

Guiados por una técnica de imagen, generalmente el TAC, se pinchará de forma específica esa zona del pulmón enferma empleando una aguja especial de fino calibre a través de la cual se puede extraer una pequeña cantidad de tejido. Para evitar que le duela se le pondrá anestesia local.

Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

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

ALTERNATIVAS

En la actualidad, se podría obtener una muestra de su pulmón en un quirófano mediante intervención quirúrgica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

- Al pinchar la lesión, hay que atravesar una capa que rodea al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación, que se denomina neumotórax, ocurre aproximadamente en 20 pacientes de cada 100 que se realiza. Si la cantidad de aire es pequeña, se resuelve solo y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante sería preciso colocarle un tubo para facilitar la salida del aire, quedando ingresado unos días en el hospital (esto último puede suceder hasta en 6 pacientes de cada 100)
- Sangrado en el esputo (hemoptísis), es relativamente frecuente y no necesita tratamiento alguno ya que generalmente cede en pocos minutos. Mucho más difícil, es que se produzca una hemorragia en el pulmón, que necesitaría tratamiento.
- Entrada de aire en una vena o arteria. Esta complicación se denomina embolia aérea y es absolutamente excepcional, pero muy grave porque podría causar la muerte.
- Como se utiliza TAC o radioscopia 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 todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

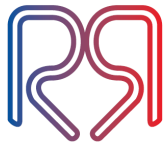
OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

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

DECLARO



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

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

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

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA EXPLORACION

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: _____