



Se pinchará el abdomen con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local. Durante la exploración será necesaria su colaboración, ya que el médico le indicará cuándo tomar o echar aire.

Esta exploración dura aproximadamente 20-30 minutos.

#### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Otro tipo de alternativas son la intervención quirúrgica.

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO**

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

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

- 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.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Mareo, que generalmente desaparece de forma espontánea.
- Hematuria (sangrado por la orina) los días posteriores a la punción.
- Hemorragia interna, complicación muy rara.
- Pérdida del riñón, complicación muy rara

Indique también 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 a la coagulación de la sangre.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán 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 renal 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 ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico



**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

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

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

---

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_