



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DE BIOPSIA TRANSVASCULAR

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.

INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA TRANSVASCULAR

Por una parte manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e 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.

La biopsia transvascular es una exploración que sirve para obtener una muestra de tejido del riñón o del hígado, para poder analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad. Se le pinchará una vena (generalmente en la ingle o en el cuello) utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter), por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver las venas para llegar exactamente al sitio del que se

quiere obtener la muestra. A través del tubo se introduce una aguja gruesa para coger una muestra de tejido del hígado o del riñón.

Esta exploración dura aproximadamente 60 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, existen otras formas de obtener biopsias atravesando directamente el hígado o el riñón con una aguja.

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.

Por la técnica que estamos utilizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Sangrado del hígado o del riñón. Es excepcional, puesto que la biopsia se realiza desde el interior de la vena, pero en alguna ocasión puede ser necesario una intervención urgente.

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- 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.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

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 transvascular 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 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./Dª. (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: _____