

ANATOMÍA PATOLÓGICA

05/139

Punción



Osakidetza
Servicio vasco de salud

TXAGORRITXU OSPITALEA
HOSPITAL TXAGORRITXU

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN

(Identificación del paciente)

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

- La punción aspiración de consiste en tomar una pequeña muestra de su lesión palpable para analizarla y así dar un diagnóstico de la misma.
- Para ello se pinchará con una aguja muy fina que no precisará anestesia local, ni hospitalización
- Pensamos que los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

Alternativas:

- La única alternativa para poder analizar la lesión, sería obtener la muestra de tejido en el quirófano mediante una intervención quirúrgica.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones son muy raras, pero podría ocurrir que:

- Al pinchar la lesión se puede sentir una molestia o dolor ligero, que al ser tan superficial suele ser un dolor soportable (similar al que se produce en una extracción de sangre).
- Si la muestra extraída no es válida o suficiente para el diagnóstico, sería necesario repetir el pinchazo.
- Raramente podría puncionarse algún vaso sanguíneo o nervio, se retira la aguja y se comprime unos momentos hasta detener la hemorragia. Puede quedar un pequeño hematoma que se irá resolviendo en pocos días.
- Al ser con el pinchazo con una aguja muy fina, no suelen ocurrir complicaciones graves.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, el hospital y nuestro servicio disponen del personal y los medios necesarios para tratar cualquier problema clínico que pueda surgir durante o después de la punción.

Riesgos relacionados con sus circunstancias específicas:

.....
.....

D. DECLARO:

- Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes de la prueba y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

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

Firma del paciente

Firma del medico responsable

Nombre

Nombre

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. D.N.I.

Parentesco:

Firma del representante:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN 05/139

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN