



Consentimiento Informado Punción
Con Aguja Fina O Biopsia CORE De
Tiroides Bajo Visión Ecográfica

Consentimiento Informado Punción Con Aguja Fina O Biopsia CORE De Tiroides Bajo Visión Ecográfica

Consentimiento Informado – Radiología Intervencionista



Consentimiento Informado Punción Con Aguja Fina O Biopsia CORE De Tiroides Bajo Visión Ecográfica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder a la realización de **PUNCIÓN DE TIROIDES**.

INFORMACIÓN GENERAL

La punción percutánea, bajo guía ecográfica con aguja fina o biopsia CORE son una de las formas de obtener muestras de tejido para análisis microscópico sin necesidad de cirugía; con ella se pretende conseguir una información más completa para comprender y tratar mejor su patología.

EN QUE CONSISTE LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA (PAF):

El procedimiento se realiza en una sala de ecografía habilitada específicamente para la punción tiroidea. Inicialmente el médico radiólogo intervencionista explorará su tiroides con ecografía para corroborar la presencia y tamaño del nódulo a puncionar. Luego se limpia la piel con alcohol y se procede a pinchar la lesión (nódulo) con una aguja fina 21G a través de la piel de la región anterior-lateral del cuello, bajo visión ecográfica continua, comprobando que la punta de la aguja se sitúe en la lesión. A continuación, el médico aspira con una jeringa o sistema especial de vacío automático, para obtener material para el posterior diagnóstico citológico. En ocasiones puede ser necesario repetir el procedimiento más de una vez. La duración aproximada es de 15 minutos.

El procedimiento en general provoca mínimas molestias y no requiere de anestesia local o analgesia endovenosa. La inyección previa de anestésico local (lidocaína) en el trayecto de la punción implica un segundo pinchazo y generalmente no es necesario. No obstante, es útil realizarlo en algunos nódulos muy pequeños y profundos, donde el médico anticipa una punción técnicamente difícil y prolongada, lo que se le comentará antes del procedimiento.

A veces, tras realizar la prueba, no se consigue obtener material suficiente para el diagnóstico citológico. Esto puede ocurrir en el 10 a 15% de las punciones, y se determina no en el momento de la punción, sino una vez que el médico anatómo patólogo ha revisado la muestra, o sea, en un plazo de 1 o 2 semanas. En estos casos, puede ser necesario repetir el procedimiento en una nueva ocasión. Esta repetición de la punción se da con más frecuencia en nódulos tiroideos quísticos, calcificados, o muy vascularizados. En raras ocasiones, pese a repetir la punción, no es posible obtener material suficiente para un diagnóstico adecuado. En estos casos, la conducta a seguir dependerá de cada caso en particular, y se discutirá con usted y su médico tratante si es necesario realizar punción con pistola de biopsia (biopsia Core), cirugía, o seguimiento ecográfico.

PREPARACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

No es necesaria una preparación especial para el procedimiento.

La ingesta de anticoagulantes es una contraindicación, por lo que es necesario suspender 1 semana antes de la punción los siguientes medicamentos:

- Aspirina en todas sus formas (ácido Acetilsalicílico, Cardioaspirina, etc.)
- Neosintron

COMPLICACIONES PROBABLES

- Reacción vagal que normalmente cede espontáneamente, o bien, con asistencia médica. Las reacciones vagues se presentan como sudoración, o sensación de desmayo.
- Dolor post procedimiento, el cual normalmente cede espontáneamente, o con el uso de analgésicos.
- Hematomas en el sitio de punción, estos desaparecen frecuentemente al poco tiempo.
- Infección del sitio de punción, esto se manifiesta con aumento de volumen, enrojecimiento de la piel, dolor local a la palpación



Autorizo al servicio mencionado y al equipo asistencial a practicarme el procedimiento médico especificado en el anverso de esta hoja y el tratamiento que juzgue oportuno.

Me han informado plenamente sobre el procedimiento, su rendimiento, necesidad eventual de repetirlo, además sus riesgos y beneficios.

Autorizo también al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso de que se produzcan complicaciones.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

PUNCIÓN DE TIROIDES.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).