

## CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA (PAAF O BAG) DE TIROIDES

H.CI.FO.127.0310.02

### INFORMACION

Usted tiene una lesión de tiroides y el único método de saber con certeza de qué se trata es obtener una pequeña muestra con una punción (PAAF) mediante una aguja fina similar a la de las inyecciones intramusculares. Es posible que se le realice una punción con una aguja un poco más gruesa (BAG) para que así se pueda estudiar las células con una mayor muestra que con una punción.

Con esa muestra tomada, el médico Anatómo-Patólogo podrá hacer un diagnóstico sobre qué tipo de lesión se trata.

La punción se realiza mediante control ecográfico. Dura aproximadamente 10-15 minutos, y no necesita anestesia local ni preparación de ningún tipo. Es algo molesta, pero se tolera bien.

Tenga en cuenta que a veces es necesario introducir la aguja varias veces para remitir a estudio un mayor número de células.

### RIESGOS:

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes. Puede provocar molestias en el punto de punción de forma pasajera.

#### Riesgos frecuentes:

- Dolor en la zona de punción.
- escozor al aplicar analgesia.
- Hematoma en la zona de punción poco importante.

#### Riesgos más graves (poco frecuentes):

- Hemorragia en el interior del tiroides o en tejidos de alrededor.
- Punción de un vaso sanguíneo o de estructuras como la tráquea o el tiroides.
- Infección del tiroides
- Mareos, sudoración, incluso síncope.

Es muy importante para realizar esta técnica, conocer de antemano la existencia de problemas en la coagulación o de alergias a algún medicamento.

Muy excepcionalmente puede producirse punción accidental de pulmón, pudiendo entrar aire en la cavidad pleural que podría necesitar un tubo para extraerlo.

Este hospital está dotado técnica y humanamente para hacer frente a todas estas situaciones.

### RIESGOS PERSONALIZADOS:

Otros riesgos o complicaciones que puedan surgir, teniendo en cuenta la situación clínica y sus circunstancias personales

---

### ALTERNATIVAS

En la actualidad se podría obtener una muestra de una lesión en un quirófano mediante intervención quirúrgica, pero ello llevaría otros riesgos más importantes derivados tanto de la cirugía como de la anestesia.

### RECOMENDACIONES

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

**AVISENOS SI:**

- o Tiene problemas de COAGULACIÓN en la sangre
- o Toma MEDICACIÓN para la sangre.
- o Es ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

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

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que Ud. pudiera tener una infección asintomática COVID19. Debe saber que en caso de que fuera así, y a la luz de las evidencias actuales en estudios y publicaciones preliminares, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada e incluyen entre otras distrés respiratorio moderado o severo que requieran de intubación y ventilación mecánica prolongada, con la mortalidad y complicaciones que se asocian a la misma.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**DECLARO:** Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de BIOPSIA (PAAF O BAG) DE TIROIDES y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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

**DECLARACIONES Y FIRMAS:**

Paciente D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Representante legal D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice la intervención.

Alicante, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Fdo.: PACIENTE**

**Fdo.: RTE. LEGAL**

**Fdo.:DR./DRA. QUE INFORMA**

**DOCUMENTO DE DENEGACION/REVOCACION**

Paciente D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

Representante legal D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y por lo tanto, **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento arriba indicado.

Alicante, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Fdo.: PACIENTE**

**Fdo.: RTE. LEGAL**

**Fdo.: DR./DRA. QUE INFORMA**