

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCION AGUJA FINA/PERCUNTÁNEA

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo a realizar una punción percutánea/aspiración con aguja fina de _____, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha informado que la punción percutánea con control radiológico y la punción con aguja fina (PAAF) son métodos mediante los cuales se pueden obtener muestras de tejido para su análisis microscópico (anatomopatológico), sin necesidad de una cirugía. Asimismo, se me ha especificado que ambos procedimientos consisten en la toma de una muestra de tejido que se presume enfermo, mediante la utilización de agujas especiales que se introducen a través de la piel. Durante el procedimiento se realizan estudios (ecografía, tomografía computarizada, radiología simple, etc.) para comprobar que la punta de la aguja utilizada se encuentre situada en la lesión. En ocasiones, puede ser necesario repetir el procedimiento más de una vez, debido a que no se logra obtener material suficiente para el diagnóstico citológico (0-20% de los casos, dependiendo del tipo y localización de la lesión). Las punciones de las lesiones superficiales pueden resultar un poco molestas, aunque, en general, no es necesaria la utilización de anestesia. En las lesiones profundas, se administrará anestesia local.
- 3) El procedimiento enunciado me ha sido claramente explicado por el profesional, y estoy en conocimiento de los riesgos que acarrea. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha aclarado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimientos son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:
 - a) Infección, sangrado.
 - b) Lesiones ubicadas en el tórax: al punzar una lesión situada en el tórax hay que atravesar unas cubiertas que rodean al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire entre ellas. Esta complicación (neumotórax) ocurre en aproximadamente 15-20 pacientes de cada 100 que se realizan la prueba. Si la cantidad de aire es pequeña la complicación se resuelve sola, pero en aquellos casos en que la cantidad de aire fuese importante, será necesario la colocación de un tubo para facilitar la salida del mismo. Hemoptisis o expulsión de pequeña cantidad de sangre al toser, hemorragia pulmonar, entrada de aire en una vena o arteria (embolia gaseosa).
 - c) Lesiones ubicadas en el abdomen: neumotórax, hematomas.
- 4) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización se retrasaría el diagnóstico de posibles lesiones tumorales, con el correspondiente retraso en su tratamiento, poniendo ello en grave riesgo mi salud.
- 5) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su

juicio profesional. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

- 6) Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 7) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 8) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 9) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 10) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 11) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente deajo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____