

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCION AGUJA GRUESA/TRU-CUT**

**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 intervención o internación del paciente para su 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 aspiración aguja gruesa/Tru-Cut de \_\_\_\_\_, la cual se llevará a cabo en esta institución.
- 2) Se me ha informado que la punción aspiración con aguja gruesa / Tru-Cut es un método mediante el cual se puede obtener muestra de tejido para su análisis microscópico (anatomopatológico), sin necesidad de una cirugía. Asimismo, se me ha especificado que dicho procedimiento consiste 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, la localización de la lesión a punzar se podrá realizar por palpación o mediante estudios (ecografía, tomografía computarizada, radiología simple, etc.). El acceso de la aguja al tejido podrá realizarse a través de una pequeña incisión o mediante la utilización de pistolas automáticas. En este último caso, se colocará la aguja en posición de predisparo, se presionará el disparador y la parte interior de la aguja se proyectará atravesando la lesión y saliendo de ella con una muestra de tejido. 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. En las punciones de las lesiones superficiales puede no ser necesaria la utilización de anestesia, aunque en tal caso pueden generarse molestias. En las lesiones profundas se administra 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 descriptas 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 se deben atravesar unas cubiertas que rodean al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire entre ellas. Esta complicación (neumotórax) ocurre en aproximadamente 15-20 de cada 100 pacientes a los que se realiza 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. Otras complicaciones pueden ser la 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, perforación de órganos intraabdominales.
  - d) Siembra tumoral en el trayecto de la punción (excepcional).
- 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, dejo 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:** \_\_\_\_\_