
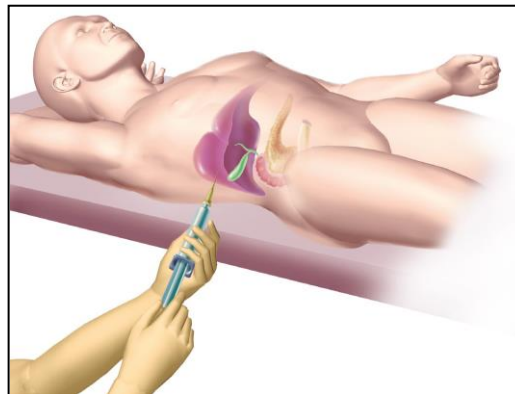
 Sacyl Complejo Asistencial Universitario de Palencia	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA HEPÁTICA	
Nº de CONSENTIMIENTO: Nº REVISIÓN: Fecha de actualización:		
PACIENTE: D.N.I.: Pegar etiqueta		

DECLARO

Que el/la Doctor/a.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

- El propósito principal de la técnica es la obtención de tejido hepático para su posterior análisis. La obtención de dicho tejido se realizará mediante punción del hígado a través de la piel.
- El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza con anestesia local en la zona de la intervención, de cuyo riesgo me ha informado el facultativo.
- La intervención consiste en, habitualmente estando acostado sobre la espalda y previa selección bajo control ecográfico del lugar más adecuado, se procede a desinfectar y anestesiarse la zona. Posteriormente y tras una pequeña incisión en la piel se introduce la aguja de biopsia que, por aspiración o corte, obtendrá un pequeño fragmento de tejido hepático para su posterior estudio histológico. He sido igualmente informado que debo permanecer en ayunas entre 6 y 8 horas antes de la exploración.
- El médico me ha informado de las alternativas diagnósticas existentes a esta técnica, como es la elastografía hepática, las pruebas ecográficas, radiológicas o la resonancia nuclear magnética, la biopsia hepática por vía transyugular o la exploración quirúrgica. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, esta es la alternativa más adecuada.



- También he sido informado y comprendo que tras la realización de la biopsia hepática deberé permanecer tumbado sobre el lado derecho durante 2-3 horas, para realizar compresión local. Durante este tiempo permaneceré en ayunas y me realizarán controles de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. Posteriormente seguiré hospitalizado un mínimo de 6 horas y en reposo para, posteriormente, permanecer en observación domiciliar durante al menos 24 horas.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son: dolor en la zona de punción o irradiado a hombro derecho, que pueden precisar administrar analgesia. Otras complicaciones menos frecuentes son: mareo por reacción vasovagal y hematoma en la zona de punción. Las complicaciones mayores son: hemorragia, neumotórax, peritonitis, infección, enfisema, fístulas arterio-venosas, punción de otros órganos como puede ser: cavidad pleural, pulmón, conductos biliares, riñón o intestino. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico mediante sueros, analgésicos, antibióticos y reposo intestinal, si bien pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica. En casos muy excepcionales, la biopsia hepática puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser

Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
- Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos durante el procedimiento o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del procedimiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Expreso mi conformidad a la explicación recibida, la he comprendido y doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el proceso arriba indicado y he recibido una copia de este consentimiento.

Si usted desea más información de la que aquí se recoge, no dude en pedirla. Lo atenderemos gustosamente y le daremos todo tipo de aclaraciones. No es ninguna molestia para nosotros.

No obstante, esta conformidad podrá ser anulada durante el proceso.

Consiento el tratamiento de mis datos personales que, de acuerdo con la LO 15/1999, son recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y su postproceso, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Complejo Asistencial de Palencia. Puedo ejercer mis derechos de: acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gerencia del Complejo Asistencial de Palencia.

En prueba de lo cual firmo.

Palencia, a día
Firma

MÉDICO INFORMADOR:

Declaro haber informado correctamente al enfermo.

Dr
Nº de COLEGIADO

PONER SELLO
Firma:

REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: por incompetencia o incapacidad del enfermo declaro haber sido informado correctamente y consiento la intervención

Nombre DNI

Firma:

OBSERVACIONES DEL PACIENTE / FAMILIAR / REPRESENTANTE LEGAL:

.....
Expreso mi NO CONSENTIMIENTO a que se me realice dicha intervención.

Nombre DNI

Fecha Firma:

TESTIGO DEL NO CONSENTIMIENTO, en su caso:

Nombre DNI

Fecha Firma:

ANULACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: Deseo revocar el consentimiento dado previamente.

Nombre DNI

Fecha Firma:
