

**PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA / PUNCIÓN PERCUTÁNEA.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y riesgos del estudio propuesto, autorizo al **Dr./a** ..... y a su equipo, a realizar una punción percutánea / aspiración con aguja fina (PAAF) de ..... que se realizará en: .....
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.
3. 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).
4. 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.
5. 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. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - 5.1 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:
    - 5.1.1 Infección, sangrado.
    - 5.1.2 **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).
    - 5.1.3 **Lesiones ubicadas en el abdomen:** neumotórax, hematomas.
6. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el profesional interviniente, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarios y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
7. 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.
8. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

- 10. 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. Manifiesto ser alérgico a:.....-
- 11. 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 de la salud, 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. -----
- 12. 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.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

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

**(1) Firma:** .....      **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** .....      **Aclaración:** .....

Documento: .....      Documento: .....

Teléfono: .....      Teléfono: .....

Domicilio: .....      Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....