

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARACENTESIS ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre <b>"MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO"</b> para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La paracentesis consiste en la extracción del líquido peritoneal alojado en el abdomen, por medio de una punción.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El principal objetivo es la extracción del líquido peritoneal con fines diagnósticos y para aliviar los síntomas derivados del acúmulo del líquido ascítico en el abdomen: distensión abdominal, dolor, anorexia y disnea con el decúbito.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Otros tratamientos que luchan contra la ascitis son los diuréticos y las derivaciones.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consecuencia más lógica de este procedimiento es la reducción del diámetro abdominal como debido a la extracción de líquido ascítico. Puede aparecer dolor en la zona de punción.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la paracentesis impedirá la realización de un correcto diagnóstico de su enfermedad en caso de que sea diagnóstica, y la ausencia de alivio de los síntomas provocados por la ascitis en el caso de paracentesis evacuadora.

### RIESGOS FRECUENTES

#### TOXICIDAD ASOCIADA A LA PARACENTESIS

#### **A. Reacciones agudas** (durante su realización o a las pocas horas de su realización).

*-Frecuentes:*

1. Dolor en la zona de punción.
2. Fuga de líquido ascítico por el orificio de extracción.
3. Sensación de vacío.

*-Poco frecuentes pero potencialmente graves:*

1. Perforación.
2. Sangrado.
3. Daño esplénico, hepático o vesical.

**B. Reacciones precoces** (entre días y semanas) **o tardías** (semanas o meses), son muy poco frecuentes.

1. Dolor abdominal.
2. Tabicaciones del peritoneo.

La mayoría de las toxicidades son leves y transitorias. Su médico le informará cómo se pueden aliviar o prevenir algunas de ellas. En casos excepcionales, las reacciones tóxicas pueden ser severas y ocasionalmente producir un desenlace fatal.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>