

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PUNCIÓN - ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LA GLÁNDULA TIROIDES ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se va a tomar una muestra del tiroides. Se realiza pinchando con una aguja muy fina a través de la piel y en la cara anterior del cuello para acceder a la glándula tiroides.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades del tiroides, especialmente para diferenciar los nódulos tiroideos malignos de los benignos.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La única alternativa conocida en la actualidad, sería la intervención quirúrgica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Establecer un diagnóstico correcto.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Falta de información para el diagnóstico del proceso.

RIESGOS FRECUENTES

Molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas), hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

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

Reacción vagal, hemorragias en parénquima tiroideo, punción de estructuras adyacentes, enfisema subcutáneo, parálisis transitoria del nervio recurrente.

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

CONTRAINDICACIONES

No.

PACIENTE			
D/D ^a			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA