

Consentimiento informado para la intervención de biopsia estereotáxica

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

Esta operación se realiza con el fin de tomar muestras para analizar lesiones (quistes, tumores,...) que están localizadas en áreas funcionales importantes del cerebro y que, por su localización, una intervención con craneotomía o cirugía abierta supone más riesgo y complicaciones.

Generalmente se realiza con anestesia local. Consiste en colocar un sofisticado aparato sujeto al cráneo y realizar un TAC cerebral para localizar la lesión en los tres ejes del espacio. A continuación se hace un pequeño orificio en el cráneo por donde se va a introducir una especie de aguja que va a llegar hasta la lesión y tomar una muestra o vaciar un quiste.

RIESGOS O COMPLICACIONES:

Las complicaciones de esta intervención son muy poco frecuentes, pero pueden producirse algunos efectos adversos:

1. - Infección, bien superficial con afectación de la piel, o bien profunda afectando al cerebro.
2. - Hemorragia cerebral en el propio cerebro o en la lesión. Será más o menos grave según sea la localización y la extensión.
3. - Crisis epilépticas
4. - Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). *Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.*

5.- RIESGOS PARTICULARES:

õ .
õ ...

**El abajo firmante D/Dña.
.....de.....años de edad o, por incapacidad legal, su representante con DNI..... reconoce haber sido informado/a de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.**

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la intervención de *BIOPSIA ESTEREOTÁXICA* asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras muy infrecuentes, sin que medie error, impericia u omisión.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia, aunque cada donación es analizada exhaustivamente), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas.

Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatomo-patológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

He comprendido que esta intervención quirúrgica no es curativa sino que el objetivo de la operación es llegar al diagnóstico y prepararme para otros tratamientos posteriores, haciéndolos más efectivos.

Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número:.....

En ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò , a... de de ò ò

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- *Por ser menor de edad o estar incapacitado*
- *Por delegación voluntaria*
- *Porque la situación del paciente no lo permita*

DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. ante los testigos abajo firmantes expreso mi DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO a pesar de haber sido informado/a de las consecuencias de mi acto por el motivo de

.....
.....
haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante
D.N.I. ò ò ò ò ò ò ò .

Firma del médico
Colegiado número:.....

En ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò , a... de de ò ò