

# Documento de consentimiento informado para biopsias ginecológicas

Nº Historia:.....

Doña:..... y DNI Nº.....  
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....  
(Nombre y dos apellidos)

En calidad de ..... de Doña:.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

## DECLARO

Que el  
DOCTOR/A.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una biopsia de

1. Se trata de una intervención consistente **en la extirpación de un fragmento de tejido**, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

En mi caso concreto la biopsia se hará de

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la biopsia más frecuentes son:

- a. Hemorragia (inmediata o tardía)
- b. Infección
- c. Quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras distales)
- d. Excepcionalmente reacción vagal con lipotimia
- e. Reacción alérgica al anestésico local

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
4. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.
5. **Anestesia:** Lo habitual será utilizar anestesia local. En ciertos casos no es preciso administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será valorado bajo la responsabilidad del servicio de anestesia.
6. **Anatomía Patológica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Así mismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, **puede ser necesario completar esta intervención** con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una intervención una BIOPSIA DE

En.....  
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO  
Nº Colegiado

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

### REVOCACIÓN

Doña:..... y DNI Nº.....  
(Nombre y dos apellidos)

Don/Doña:..... y DNI Nº.....  
(Nombre y dos apellidos)

En calidad de ..... de Doña:.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha .....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL/LA MÉDICO  
Nº Colegiado

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)