

Documento de consentimiento informado biopsia transvascular

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La biopsia transvascular es un procedimiento que sirve para obtener una muestra de tejido, del riñón o del hígado, para poder analizarla y así intentar dar un diagnóstico a su enfermedad. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA BIOPSIA TRANSVASCULAR

Se le pinchará una vena (generalmente en la ingle o en el cuello) utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permite ver las venas para llegar exactamente al sitio del que se quiere obtener la muestra. A través del tubo se introducen unas pinzas para coger una muestra de tejido del hígado o del riñón. La duración del procedimiento es, aproximadamente, de 60 minutos. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias. En ocasiones no es posible obtener la muestra o bien esta puede ser insuficiente. También cabe la posibilidad de que haya que modificar el procedimiento durante su realización para obtener un resultado más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA BIOPSIA TRANSVASCULAR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Alteraciones cardíacas (arritmias).
- Sangrado del hígado o del riñón. Es muy raro, puesto que la biopsia se realiza desde el interior de la vena, pero en alguna ocasión puede ser necesaria una intervención quirúrgica.
- Excepcionalmente, lesiones de los vasos sanguíneos (trombosis, desgarros)

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, existen otras formas de obtener biopsias atravesando directamente el hígado o el riñón con una aguja. Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la BIOPSIA TRANSVASCULAR.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma: