

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento al que usted va a someterse permite mediante la punción del hígado a través de la piel conseguir una muestra de tejido hepático para su análisis. Antes de la punción le realizaremos una ecografía para seleccionar la zona de la punción.

Esta técnica se utiliza para el estudio de algunas enfermedades hepáticas en las que es preciso conocer detalladamente la cantidad de hígado afectado y en que grado se encuentra la enfermedad. Esto a veces, solo es posible mediante estudio histológico, es decir valorando con la ayuda del microscopio un fragmento de tejido.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento se realiza a la persona habitualmente acostado del lado izquierdo (en decúbito lateral izquierdo) y tras la localización del punto donde se va a puncionar mediante ecografía, se esteriliza la zona. Se anestesia con inyección local y se hace una pequeña incisión en la piel, por donde se introduce la aguja de biopsia que llega hasta el hígado para obtener una muestra de tejido hepático para su estudio. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, se realiza con anestesia local en la zona de punción. Habitualmente se administra medicación analgésica y sedante previa a la biopsia. Para su realización es necesario que usted esté en ayunas (sin comer).La exploración se realiza en régimen de hospitalización para lograr una preparación adecuada y controlar al máximo su seguridad tras la exploración. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación durante las cuales se le realizarán controles médicos para detectar la posible aparición de complicaciones.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Puede quedar malestar en el costado derecho, en el punto de la punción, que generalmente es pasajero.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Seguro que los beneficios derivados de esta prueba superan los posibles riesgos. Con la biopsia hepática se conoce detalladamente el grado en el que una enfermedad afecta el hígado y es de gran ayuda para el diagnóstico y tratamiento. Si aparecieran complicaciones, se dispone de los medios necesarios para tratar de resolverlas.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Cuando se considera la realización de una biopsia hepática es porque los datos analíticos y las técnicas de imagen no son suficientes para alcanzar un diagnóstico o porque la información necesaria sólo se puede obtener mediante el estudio de la biopsia. En general, no existen técnicas alternativas y la única opción es hacerla o no. Existe la posibilidad de obtención de muestras para biopsia hepática a través de cirugía laparoscópica o laparotomía tradicional.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención

• LOS MÁS FRECUENTES:

A veces y a pesar de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, algunos de ellos son frecuentes, como dolor en la zona de punción, o bien irradiado al hombro, mareo o hematoma.

• LOS MÁS GRAVES:

En conjunto la posibilidad de que se produzcan es muy pequeña.

Puede producirse hemorragia interna por lesión de un vaso arterial o venoso, punción del pulmón, hematomas intrahepáticos o punción de los conductos biliares. De presentarse alguna de ellas, normalmente obliga a un tratamiento específico y a prolongar su estancia en el hospital. Ocasionalmente pueden requerir un tratamiento urgente e incluso una intervención quirúrgica.

Mortalidad: algunas complicaciones pueden seguir una evolución fatal. Es una eventualidad excepcional pero puede suceder.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

Avisé si padece posibles alergias a medicamentos.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Acenocumarol...) o antiagregante (Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....