

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA RADIOLOGÍA
INTERVENSIONISTA**

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente:
Dr:
C.I.A.:
Planta:
F. Ingreso:	F. Nacimiento:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA P.A.A.F. DE _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

¿Qué le vamos a hacer?

La P.A.A.F. consiste en tomar una muestra de su lesión con una aguja fina bajo control ecográfico para analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad.

La exploración dura aproximadamente quince minutos.

Los resultados que se obtienen compensan los riesgos que a continuación le exponemos.

¿Qué riesgos/complicaciones tiene?

La complicación tras la P.A.A.F. es excepcional. La más frecuente es la aparición de hematoma (el riesgo de sangrado es muy bajo a no ser que exista un trastorno de la coagulación), enfisema subcutáneo y parálisis transitoria del nervio recurrente laríngeo (un solo caso en la literatura mundial), de resolución espontánea.

¿Qué otra alternativa hay?

En la actualidad se podría obtener una muestra de la lesión en un quirófano mediante intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos.

En tales condiciones, CONSIENTO que se me realice la P.A.A.F. tras haber recibido y entendido el alcance y riesgos del procedimiento.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D./D^a como paciente (o representante del paciente D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en..... D.N.I. nº
Revoco el consentimiento prestado en fecha....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con la realización del procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....
(Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D^a como paciente (o representante del paciente D./D^a.....), de años de edad, con domicilio en..... D.N.I. nº
Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea realizado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....
(Nombre y dos apellidos)