

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ	SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LA GLÁNDULA TIROIDES (PAAF TIROIDES)
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar 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.</p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>	
<p>1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:</p>	
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</p> <p>Mediante este procedimiento se va a tomar una muestra del tiroides.</p> <p>La punción sirve para determinar la naturaleza de diversas lesiones del tiroides, especialmente para diferenciar los nódulos tiroideos benignos de los malignos, que junto con otras pruebas, ayudaran al diagnóstico definitivo. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado para su proceso.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA:</p> <p>Se realiza pinchando con una aguja muy fina a través de la piel y a la altura del cuello, tras administración de anestésico local, para acceder a la glándula tiroides situada en la cara anterior del cuello. En ocasiones, y si la lesión está muy accesible, la punción se realizará sin anestésico local.</p> <p>Para tomar la muestra con seguridad, la lesión se localizará mediante ecografía.</p> <p>Es posible que se le pinche en dos o tres ocasiones para asegurar la correcta extracción de la muestra.</p> <p>Durante la prueba se debe respirar tranquilo por la nariz, siendo importante que no hable, trague ni tosa durante el procedimiento. La prueba suele durar unos 10 minutos.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</p> <p>Esta prueba ocasiona leves molestias locales por el pinchazo que se realiza con una aguja.</p> <p>Una vez finalizada la punción, deberá esperar media hora sentado antes de irse a casa. Unas 8 horas después podrá quitarse el apósito del cuello, limpiando la zona con agua y jabón. Posteriormente no se requiere ningún cuidado especial.</p>	



EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En la determinación de la naturaleza de diversas lesiones del tiroides y la diferenciación de nódulos tiroideos benignos de los malignos, que junto con otras pruebas, ayudaran al diagnóstico definitivo. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado para su proceso

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La única alternativa es la intervención quirúrgica.

**CENTRO SANITARIO
HOSPITAL DE JEREZ**

**SERVICIO DE
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

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:**

Molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas). Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Infrecuente: Hemorragias en el parénquima tiroideo (acumulo de una pequeña cantidad de sangre en el tiroides).

Infrecuente: Punción de estructuras adyacentes como la traquea y vasos sanguíneos (pinchar en otro tejido próximo).

Extraordinariamente infrecuente: Enfisema subcutáneo (acumulo de aire debajo de la piel de la zona).

Extraordinariamente infrecuente: Parálisis transitoria del nervio recurrente (afectación temporal de un nervio que provocara durante unos días cierta afonía).

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Es necesario advertir por parte del paciente de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Al menos 5 días antes de la PAAF deberá haber suspendido cualquier antiagregante (aspirina, clopidogrel).

En caso de tomar Sintrón debe comunicarlo para contactar con hematología para su suspensión.

Si esta usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar su estudio.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

El personal de la Unidad que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

001530

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ	SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS	
En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.	

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ		SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
2.1	DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)		
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE	

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA

2.3	CONSENTIMIENTO
<p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE _____ EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>	

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ	SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
---	---

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña _____, 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.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530