# Documento de Consentimiento Informado

ADVERTENCIA.- Desde el punto de vista jurídico, el documento de consentimiento informado siguiente está redactado con el objetivo fundamental de cumplir los requisitos que se exigen en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desde el punto de vista médico, en la selección de los modelos y en la descripción de los diferentes riesgos y procedimientos, se ha procurado mostrar aquellos más frecuentes e importantes, sin pretender ser totalmente exhaustivos. Le recordamos que este documento no puede pretender sustituir de modo pleno una adecuada información por parte del médico adaptada a cada caso concreto. Deben tenerse en cuenta, además, en cada paciente, los riesgos específicos del mismo, así como las innovaciones que impongan los avances científico-profesionales de acuerdo con las recomendaciones de las diversas Sociedades científicas de la especialidad y las Autoridades Sanitarias.

# EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE UNA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF)

Nº HISTORIA
Don/Doña
con domicilio en y D.N.I. nº
Don/Doña de de años de edad
con domicilio en y D.N.I. nº
en calidad de
<b>DECLARO</b> Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la informacion)

me ha explicado que es médicamente conveniente para el estudio de mi enfermedad que se me practique el siguiente procedimiento diagnóstico: PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF).

Me ha informado que esta prueba tiene como principal objetivo obtener células aisladas de un tumor o un órgano para su estudio en el laboratorio, con la finalidad de establecer un diagnóstico. Consiste en la punción con una aguja fina del lugar donde se encuentra la lesión (un ganglio, el tejido subcutáneo u otro órgano o tejido). A continuación se procede a la aspiración de material de esa zona mediante una jeringa. Según la localización de la lesión puede ser aconsejable administrar un anestésico local en la zona de punción. Por ello deberé comunicar a mi médico si padezco alguna alergia a los anestésicos antes de realizar la prueba.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este procedimiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, intentar obtener células cuyo estudio al microscopio sirva para establecer un diagnóstico lo más certero posible.

Además, me ha explicado las consecuencias que pueden derivarse de rehusar a realizarme la prueba. Comprendo que, de no someterme a la PAAF, será más difícil alcanzar un diagnóstico definitivo, y que ello puede impedir o demorar el recibir un tratamiento adecuado para combatir la enfermedad.

También me ha especificado las posibles alternativas a este procedimiento así como las ventajas y desventajas del mismo: La PAAF es un método diagnóstico que provoca pocas molestias, entraña pocos riesgos y permite obtener resultados con relativa rapidez. También presenta algunos inconvenientes como, por ejemplo, que la muestra obtenida sea escasa e insuficiente para establecer un diagnóstico. En tal caso, es posible que mi médico me recomiende efectuar una nueva exploración, que podría ser una nueva PAAF o bien una biopsia. Por otro lado, debo saber que no es una prueba totalmente segura para descartar una enfermedad ya que, en ocasiones, puede ofrecer falsos resultados negativos (indicar que no hay enfermedad cuando realmente la hay). La principal alternativa a la PAAF es la biopsia, método algo más cruento pero que permite obtener una muestra mayor y de mejor calidad con mayor rendimiento y fiabilidad diagnóstica.

Mi médico me ha informado también que el procedimiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son:

- Puede producir dolor local y/o un hematoma en la zona de punción, molestias que pueden persistir unos pocos días.
- La administración de anestésico local puede producir reacciones alérgicas, habitualmente leves. En contadas ocasiones estas reacciones pueden ser graves (caída de la tensión arterial o trastornos cardíacos).

Asimismo, me ha explicado que, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales: (Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

# DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, 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 satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

### **CONSIENTO**

Que se me realice una PUNCIÓN	–ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PA	AAF)
EnFdo: El/la Médico	Fdo: El Paciente	(Lugar y fecha) Fdo: El representante legal, familiar o allegado
	REVOCACIÓN	
Don/Doña(Nor	nbre y dos apellidos del paciente)	de años de edad.
		y D.N.I. nº
Don/Doña(Nor	nbre y dos apellidos)	de años de edad
con domicilio en		y D.N.I. n°
en calidad de(Representante le	de gal, familiar o allegado) (Non	ıbre y dos apellidos del paciente)
REVOCO el consentimiento el tratamiento, que doy con		, y no deseo proseguir
		(Lugar y fecha)
Fdo: El/la Médico	Fdo: El Paciente	Fdo: El representante legal, familiar o allegado