

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

### **1. Què és?**

La biòpsia percutània té com a finalitat la presa d'una mostra d'una lesió localitzada en una víscera o estructura òssia determinada per a analitzar-la i obtenir un diagnòstic d'una possible malaltia. Amb aquesta tècnica es pretén donar una informació immediata i inequívoca sobre la malaltia mitjançant l'estudi microscòpic de la mostra obtinguda. Proporciona una informació ràpida, segura i suficient sobre la malaltia sense necessitat d'intervenció quirúrgica per a l'obtenció de la mostra. Acurta l'estada a l'hospital i permet la instauració immediata del tractament oportú.

### **2. Com es realitza?**

El procediment es realitza amb anestèsia local en persones adultes i amb anestèsia general en xiquetes i xiquets. Primer s'estudia amb ecografia o tomografia computada (TAC) l'òrgan, estructura òssia o lesió per a decidir la zona més segura d'abordatge. A continuació, a través d'un xicotet tall de 2 mm en la pell, i utilitzant una agulla de biòpsia obtenim un xicotet fragment, que serà analitzat després pel Servei d'Anatomia Patològica.

La persona roman en repòs a l'hospital durant 24 hores. L'endemà, se li practica una nova ecografia, quan la biòpsia és visceral, per a garantir que no hi ha hagut complicacions.

### **3. Quins riscos té?**

És una tècnica senzilla però no està exempta de riscos. El principal problema que podem tindre és el sagnat. Per això, prèviament es fa una anàlisi de sang per a comprovar que no hi ha alteracions de la coagulació que afavorisquen l'hemorràgia. No es realitza el procediment fins que les xifres són correctes. I després de la biòpsia es comprimeix la zona durant aproximadament deu minuts, i es realitza més tard una altra ecografia per a descartar aquestes complicacions.

En la biòpsia de pulmó pot entrar aire (pneumotòrax) quan es travessa la pleura. Per això es requereix, excepcionalment, la col·locació d'un tub per a drenar-lo. Pot haver sagnat en l'esput (hemoptisi), generalment d'escassa importància.

Si es produira el sagnat i no es poguera controlar mitjançant un tractament conservador, seria necessari realitzar cirurgia per a tancar els vasos sagnants. Excepcionalment, pot produir-se una embòlia aèria, de greus conseqüències. Les complicacions severes es presenten en menys del 5% de pacients, i complicacions mortals en 1 per cada 25.000 biòpsies.

### **4. Conseqüències previsibles de la realització**

Beneficis indicats en el primer apartat.

### **5. Conseqüències previsibles de la no-realització**

No es disposa d'un diagnòstic de certesa i no s'ha de plantejar un tractament mèdic o quirúrgic sense conèixer, amb exactitud, la malaltia del pacient.

### **6. Alternatives**

L'única alternativa possible és la quirúrgica, amb extracció de la mostra. La cirurgia permet obtenir una major quantitat de material de la lesió, però comporta els riscos d'una intervenció i la prolongació de l'estada a l'hospital.

### **7. Riscos en funció de la seua situació** Els més freqüents tenen a veure amb una alteració de la sang, més freqüent en determinats pacients. Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP		DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

**REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	-----------------------------------------	--------------------------------

**PROFSSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
*Autorizo la realización de este procedimiento.*

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
*No autorizo la realización de este procedimiento.*

Pacient o representant / Paciente o representante \_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / Paciente o representante \_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / Paciente o representante \_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

Signatura / Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*