

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** es una técnica de extracción con aguja de un fragmento de riñón, tras su localización mediante ecografía u otra técnica de imagen radiológica.
2. **¿Cómo se realiza?:** se realiza habitualmente en régimen ambulatorio (sin ingreso), introduciendo anestesia local en la zona de punción y del trayecto de la aguja hasta entrar en el riñón. Tras ello, se punciona el riñón mediante una aguja especial que es capaz de extraer un fragmento renal con el mínimo daño para el órgano. Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección o contraste yodado si fuera necesario.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** a pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
  - **Frecuentes (más del 10%):** sangrado leve y hematuria (sangre en la orina) en las primeras horas de la biopsia.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** dolor, perforación de vía urinaria, infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis, imposibilidad de realización, reacciones alérgicas de diferente gravedad (al contraste, anestésico...) incluido shock anafiláctico con riesgo vital, reacciones vagues (incluyendo parada cardiorrespiratoria), perforación intestinal o biliar (incluyendo peritonitis), hemorragia incoercible inmediata o tardía (incluyendo riesgo vital), fístula arteriovenosa y los efectos secundarios de su tratamiento, rotura de la aguja quedando intracorpórea y precisando otras intervenciones. El riesgo de muerte es menor del 0,1% y el de nefrectomía menor del 1%
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** la obtención de una muestra renal para diagnóstico patológico..
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** falta de un diagnóstico anatomopatológico.
6. **Alternativas:** en casos muy excepcionales se realiza mediante anestesia total y cirugía abierta.
7. **Riesgos en función su situación:** la toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina, Adiro ...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. También enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada... pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

# UROLOGÍA

## Biopsia Renal

### DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

#### DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

#### DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

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 como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_