



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** es una técnica que permite obtener muestra del tiroides con un aguja especial, para determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades del tiroides, especialmente para diferenciar los nódulos tiroideos benignos de los malignos.
 - 2. ¿Cómo se realiza?:** se realiza pinchando con una aguja muy fina a través de la piel y a la altura del cuello para acceder a la glándula tiroides situada en la cara anterior del cuello.
 - 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas). Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes. Frecuente.
 - **Infrecuentes (menos del 10%):** hemorragias en el parénquima tiroideo (acumulo de una pequeña cantidad de sangre en el tiroides). Punción de estructuras adyacentes como la traquea y vasos sanguíneos (pinchar en otro tejido próximo). Enfisema subcutáneo (acumulo de aire debajo de la piel de la zona). Parálisis transitoria del nervio recurrente (afectación temporal de un nervio que provocara durante unos días cierta afonía).
 - 4. Consecuencias previsibles de su realización:** el procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado.
 - 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** la no realización conlleva una falta de información en el diagnóstico del proceso. En especial si no se realiza no se podrá descartar la malignidad. Sin un diagnóstico correcto el tratamiento puede no ser el más adecuado.
 - 6. Alternativas:** la única alternativa sería la intervención quirúrgica.
 - 7. Riesgos en función de su situación:** el/la paciente debe advertir de la existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por la situación vital actual del/de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.
- Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

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	CATEGORIA 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: _____