CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se toma una muestra del tiroides, pinchando con una aguja muy fina a través de la piel y a la altura del cuello para acceder a la glándula tiroides.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Sirve para determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades del tiroides, especialmente para diferenciar los nódulos tiroideos benignos de los malignos, que junto con otras pruebas, ayudarán al diagnóstico definitivo o aproximativo. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado. La única alternativa sería la intervención quirúrgica.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Los principales se detallan a continuación:

Frecuentes:

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

Infrecuentes.

- Hemorragias en el parénquima tiroideo (acúmulo de pequeña cantidad de sangre en el tiroides).
- Punción de estructuras adyacentes como tráquea y vasos sanguineos (pinchar en otro tejido).
- Enfisema subcutáneo (acúmulo de aire debajo de la piel de la zona).
- Parálisis transitoria del nervio recurrente (afectación temporal de un nervio que provocará durante unos días una cierta afonía).

RIESGOS POCO FRECUENTES

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.

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.

NOTA ADICIONAL

El facultativo 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.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PUNCIÓN SI NO

PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre:
DNI:
Firma:

MEDICO RESPONSABLE
Nombre:
Nº Colegiado:
Firma: