



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA</b>	<b>SERVICIO / UNIDAD DE GESTION CLINICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>
---	--

### 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

#### 1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

##### EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Consiste en tomar una muestra de una lesión de una zona superficial de su cuerpo, para su posterior análisis por un médico especialista (patólogo) guiada por una técnica de imagen o no.

En su caso:

##### CÓMO SE REALIZA:

Tras administrarle anestésico local en la zona donde se localice la lesión se obtendrá la muestra mediante una aguja especial muy fina.

En ocasiones, y si la lesión está muy accesible, la punción se realizará sin anestésico local. Este punto se lo aclarará el patólogo en el momento de realizar la punción.

Para poder tomar la muestra con seguridad, en ocasiones la lesión se localizará mediante ecografía o TAC (Tomografía axial computerizada) con ayuda de un radiólogo

Dependiendo de donde se localiza la lesión la duración será distinta. Normalmente, es un procedimiento que dura unos 10 minutos.

La prueba la realiza un médico especialista, que necesita de su colaboración. Él o ella le indicará qué es lo que tiene que hacer y cuando puede marcharse. Esté atento y siga sus instrucciones para que la prueba salga bien. Es necesario que permanezca quieto y, a veces, en una posición que puede resultar algo incómoda durante varios minutos.

En su caso:



## QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

En la fase inicial del proceso usted puede notar molestias, hasta que el anestésico haga efecto. Durante el resto de la prueba es poco frecuente que note molestias.

Después de la prueba deberá seguir las recomendaciones que le haga el radiólogo y su médico.

---

## EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Se podrá conocer la naturaleza de la lesión y ofrecerle un tratamiento específico si lo precisa y sin necesidad de tener que realizarse una biopsia quirúrgica (en un quirófano) y someterse a un procedimiento anestésico.

---

## OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La biopsia quirúrgica.

La realización de la PAAF por radiólogo guiada por técnica de imagen.

En su caso:

---

## QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Son los efectos leves como escozor al introducir la anestesia, o dolor en el lugar de la biopsia una vez pasa el efecto de la anestesia

- **LOS MÁS GRAVES:**

Muy excepcionalmente pueden presentarse:

Náuseas, vómitos, hipotensión y/o enlentecimiento del pulso.

Sangrado en la zona donde se ha puncionado.

Infección (ocasionada por la punción).

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

## SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicación, especifíquelo.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavit®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre.

Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

---

#### **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

#### **OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.
- En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre y demás normativa relacionada, el Servicio Andaluz de Salud le informa que los datos obtenidos durante su estancia en este centro serán incorporados para su tratamiento con la finalidad de ofrecerle asistencia sanitaria. Si desea que sus datos se utilicen en investigación en casos relacionados con su enfermedad, habrá de expresarlo. Su derecho a la protección de la salud legitima el tratamiento de sus datos, sumado al cumplimiento de misiones realizadas en interés público y al ejercicio de poderes públicos. Se prevén comunicaciones de datos a organismos públicos y la existencia de prestadores de servicio en calidad de encargados del tratamiento. Usted es titular de dicha información y por tanto de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos dirigiéndose a la Unidad de Atención a la Ciudadanía.  
Más información en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>



## 1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---



<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA</b>	<b>SERVICIO / UNIDAD DE GESTION CLINICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>
---	--

## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)  
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

### 2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

### 2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

### 2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI  NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI  NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

0ES  
100

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO / UNIDAD DE GESTION</b>
-------------------------	-------------------------------------



**HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA  
SOFÍA. CÓRDOBA**

**CLINICA DE  
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

## **2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.:

Fdo.:

## **2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.:

Fdo.:

---