

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)
FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____
(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____
(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA PUNCIÓN TIROÍDEA

Una biopsia corresponde a un procedimiento diagnóstico que permite extraer muestras de un tejido, para su posterior análisis microscópico por un anatomopatólogo y de la glándula tiroides, se refiere al “núcleo” de la lesión.

La biopsia de tiroides, Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) corresponde a un procedimiento diagnóstico que consiste en la aspiración de células de una lesión, generalmente, linfonodos anormales, que posteriormente se envían a estudio citológico, se le inyectara anestesia local para adormecer la zona a examinar.

Puesto que se realiza con ecografía como guía, no requiere de exposición a radiación ionizante (rayos X).

Se trata de un procedimiento ambulatorio, poco invasivo y que generalmente permite determinar si la lesión requiere o no cirugía posterior.

En caso de estar tomando anticoagulantes, aspirina o presentar algún tipo de alergia a los anestésicos o al látex, entre otros, debe comunicarlo en el momento de solicitar la hora porque puede requerir un manejo especial.

Tras el examen, es común la aparición de hematomas temporales y dolor leve.

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso postoperatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.

Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo a su mejor juicio y capacidad.

II.- 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, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Representante legal: _____

Rut: _____

Firma paciente o representante legal

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente

Firma Médico