

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA HEPÁTICA

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

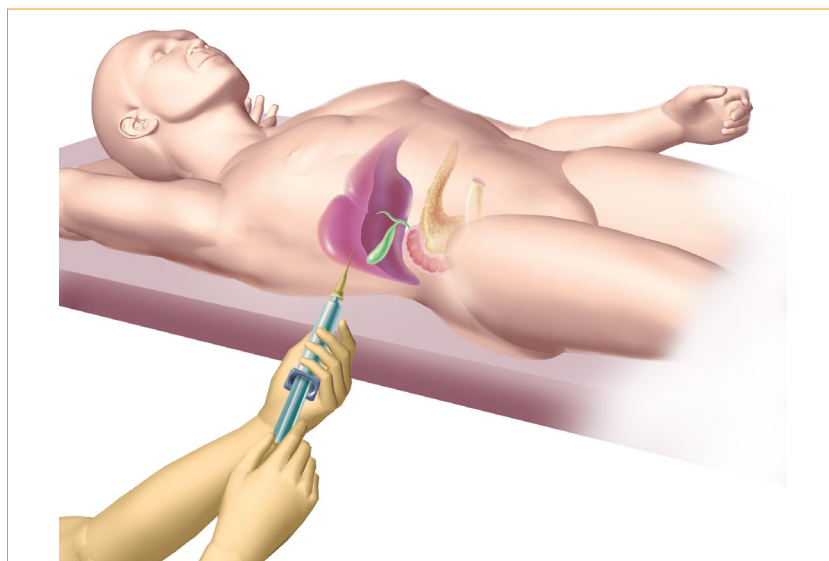
DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **BIOPSIA HEPÁTICA**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es la obtención de tejido hepático para su posterior análisis. La obtención de dicho tejido se realizará mediante punción del hígado a través de la piel.
- ▶ El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza con anestesia local en la zona de la intervención, de cuyo riesgo me ha informado el facultativo.
- ▶ La intervención consiste en, habitualmente estando acostado sobre la espalda y previa selección bajo control ecográfico del lugar más adecuado, se procede a desinfectar y anestesiar la zona. Posteriormente y tras una pequeña incisión en la piel se introduce la aguja de biopsia que, por aspiración o corte, obtendrá un pequeño fragmento de tejido hepático para su posterior estudio histológico. He sido igualmente informado que debo permanecer en ayunas entre 6 y 8 horas antes de la exploración.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas diagnósticas existentes a esta técnica, como es la elastografía hepática, las pruebas ecográficas, radiológicas o la resonancia nuclear magnética, la biopsia hepática por vía transyugular o la exploración quirúrgica. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, esta es la alternativa más adecuada.

- ▶ También he sido informado y comprendo que tras la realización de la biopsia hepática deberé permanecer tumbado sobre el lado derecho durante 2-3 horas, para realizar compresión local. Durante este tiempo permaneceré en ayunas y me realizarán controles de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca. Posteriormente seguiré hospitalizado un mínimo de 6 horas y en reposo para, posteriormente, permanecer en observación domiciliaria durante al menos 24 horas.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son: dolor en la zona de punción o irradiado a hombro derecho, que pueden precisar administrar analgesia. Otras complicaciones menos frecuentes son: mareo por reacción vasovagal y hematoma en la zona de punción. Las complicaciones mayores son: hemorragia, neumotórax, peritonitis, infección, enfisema, fístulas arterio-venosas, punción de otros órganos como puede ser: cavidad pleural, pulmón, conductos biliares, riñón o intestino. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico mediante sueros, analgésicos, antibióticos y reposo intestinal, si bien pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica. En casos muy excepcionales, la biopsia hepática puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos durante el procedimiento o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del procedimiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

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

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **BIOPSIA HEPÁTICA**.

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

REVOCACIÓN

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante