

BIOPSIA DE LA GLANDULA TIROIDES O NÓDULOS DEL CUELLO CON GUÍA ECOGRÁFICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO y FIRMADO

Esta práctica se realiza a los efectos de obtener muestras de tejido tiroide o nódulos que se encuentren en la región del cuello, para ser analizado y poder certificar el o los diagnóstico/s presuntivo/s. Se efectúa en forma ambulatoria (sin internación). Se aplica anestesia local infiltrativa.

La guía ecográfica utilizando un transductor de alta frecuencia que se encuentra protegido por una funda estéril, permite guiar el instrumental para las tomas de las muestras y tener un mayor control de la intervención.

Usted se encontrará acostado/a boca arriba con el cuello extendido.

El instrumental utilizado es una aguja muy delgada similar a las utilizadas para la aplicación de inyecciones intramusculares. Permite obtener una muestra de tejido por aspiración. El material extraído se envía a Anatomía Patológica para su análisis.

Las molestias durante el procedimiento son escasas, pero usted puede sentir cierto malestar. La práctica tiene una duración de 15 a 20 minutos.



A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, edad avanzada, hipertensión, obesidad, cardiopatías, anemia). El procedimiento propiamente dicho puede provocar:

Discreto dolor en el sitio de punción.

Sensación de mareo, debido a la posición del cuello, que cede instantaneamente al corregir la posición.

Hematoma peri-punción (raras ocasiones).

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, pero puede llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de esta institución están disponibles para intentar solucionarla.

Usted deberá realizarse los estudios previos solicitados por su médico y cumplir estrictamente las indicaciones, ya que la efectividad del presente procedimiento dependerá de las mismas.

Yo,..... doy mi consentimiento para que sea realizada una **BIOPSIA TIORIDEA o DE CUELLO CON GUÍA ECOGRÁFICA.**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, y habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado como así también de haber tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. Por lo tanto tomo esta decisión de manera libre y voluntaria.

CONCURRIR CON EL PRESENTE CONSENTIMIENTO FIRMADO.

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO