

CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA DE TIROIDES CON AGUJA FINA

Versión 5 Fecha: Mayo 14 de 2025

Fecha ____/____/____ Hora: ____ Ciudad: ____ Nombre completo: ____
 Tipo y Número de identificación: ____ de ____ Edad: ____ Sexo: ____
 Número Telefónico: ____ Correo electrónico: ____

Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.

A. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO. En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable. **Nombre:** _____

Número de identificación: _____ Teléfono: _____
 Parentesco/Tipo de representación legal: _____

B. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.

Nombre: _____ Registro Médico _____
 Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

C. INDICACIÓN

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. _____ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a _____

D. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Objetivos y beneficios

La BIOPSIA DE TIROIDES CON AGUJA FINA es un procedimiento por el cual se realiza la toma de muestra por punción y aspiración, de lesiones focales de la glándula tiroides, clasificadas como BI-RADS 3 o 4 según clasificación del Colegio Americano de Radiología.

b. Descripción de la ejecución

El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico. Con el paciente acostado se realiza exploración con ultrasonido, hasta identificar la lesión objeto del estudio. Se desarrolla la biopsia de acuerdo con el protocolo del servicio.

E. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:

I. El paciente relaciona como antecedentes o condiciones médicas relevantes los siguientes:

- Alteraciones de la coagulación. SI _____ NO _____ Cuál(es) _____

II. Declaro que SI _____ NO _____ estoy consumiendo medicamentos. Cuál(es) _____

Declaro que, con excepción de los antecedentes expresamente relacionados en el presente consentimiento, no he informado o advertido de cualquier otro antecedente que contraindique el tratamiento, intervención o procedimiento cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

F. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS: Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el diagnóstico de mi condición clínica que incluye otros estudios por imágenes diagnósticas. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales la BIOPSIA DE TIROIDES CON AGUJA FINA se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

G. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento y que, en este caso, no sea posible finalizar el procedimiento, obtener certeza diagnóstica sobre su condición clínica o alcanzar los resultados terapéuticos buscados. La práctica de la biopsia de tiroides con aguja fina compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico, pero no de resultado en relación con la conducta que adopte el médico tratante.

H. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

Pueden presentarse efectos indeseables poco usuales como dolor en la zona de punción, y/o excepcionales y de mayor complejidad como hematomas u otros que pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico. Se me ha explicado y comprendo que debido a que se requiere corte de tejido los riesgos de sangrado son reales y que tales riesgos tienen una frecuencia del 1 % al 3% que varía de acuerdo con el tamaño, localización, características de la lesión, entre otros. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que se cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario. También se puede producir flebitis (inflamación con o sin infección de la o las zonas de punción).

J. EXPLICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE HACERLO O NO.

Entiendo que el procedimiento es esencialmente diagnóstico, por lo que la no realización del procedimiento disminuye la posibilidad de llegar a un diagnóstico adecuado, y de realizar la consecuente intervención terapéutica o tratamiento.

Firma del profesional R.M.	Firma del paciente Identificación	Firma del representante legal o apoyo Identificación
-------------------------------	--------------------------------------	---