

....., a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI: Fecha de nacimiento:/...../.....

Estimado paciente,

El Sanatorio Las Lomas le acerca algunas consideraciones importantes respecto al documento que se presenta a continuación.

*Una **expresión de Consentimiento Informado** es el permiso que otorga el paciente o su familia para permitir una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.*

Existe también la posibilidad de revocación (cancelar, suspender, interrumpir) el Consentimiento Informado cuando lo considere.

Lo impulsamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar la información que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Consentimiento Informado Punción con Aguja Fina Bajo Guía Ecográfica. Región anatómica: cuello

Luego de haber sido suficientemente informado/a respecto de:

1. La naturaleza y propósito del procedimiento de screening que se me realizará, denominado **PUNCIÓN CON AGUJA FINA BAJO GUÍA ECOGRÁFICA**, mediante el cual se toma una muestra del órgano en cuestión pinchando con una aguja muy fina a través de la piel para acceder al mismo. Se me informa que es un Procedimiento Diagnóstico.

2. Que el mismo no requiere anestesia general ni local, la aplicación de frío o de un parche de anestesia local será determinada por el profesional que realiza la punción.

3. Que el procedimiento conlleva posibles riesgos a pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización utilizando la guía ecográfica:

Riesgos frecuentes:

- Molestias leves en la zona de punción de breve duración (24-48 horas).
- Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

Riesgos infrecuentes:

- Hemorragias en el parénquima del órgano punzado (acúmulo de pequeña cantidad de sangre).
- Punción de estructuras adyacentes como tráquea y vasos sanguíneos (pinchar otro tejido).
- Enfisema subcutáneo (acúmulo de aire debajo de la piel de la zona).
- Parálisis transitoria del nervio recurrente (afectación temporal de un nervio que provocará durante unos días, cierta afonía).

4. Que las indicaciones anteriores al procedimiento a las que debo adherir son:

- Advertir de sus posibles alergias medicamentosas, **alteraciones de la coagulación**, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia de salud.
- **Mencionar si está tomando algún diluyente de la sangre (anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios) tales como aspirina (Ácido acetilsalicílico, Lovenox®, Clopidogrel Plavix® o Warfarina Coumadin®. Ibuprofeno (Advil, Motrin) Naproxeno (Aleve, Naprosyn).**
- **Suspender por 48 hs y hasta una semana antes del procedimiento la toma de medicamentos que dificulten la coagulación de la sangre, según previa indicación de**

su médico hematólogo.

5. Que la NO realización del procedimiento propuesto, dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Habiendo tenido la oportunidad de plantear preguntas, y recibido las respuestas adecuadas acordes a mi capacidad de entendimiento de temas médicos, y entendiendo que puedo retractar y anular este consentimiento en cualquier momento de constancia de:

- A. Entender lo explicado por el médico acerca de mi afección médica, el procedimiento propuesto, y el tratamiento adicional, en caso de presentarse un imprevisto.
- B. Entender y asumir los riesgos que fueron presentados en este Consentimiento.
- C. Prestar mi consentimiento informado para la realización de prácticas no previstas en el marco de la realización del procedimiento, o que se presenten como consecuencia de complicaciones, por las cuales no es posible la firma de un consentimiento especial.
- D. Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas de los profesionales que me asisten, incluyendo el suministro de medicación.

A su vez, soy informado y acepto que:

- A. En la adopción de diversas medidas de seguridad, el Sanatorio Las Lomas cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV) con el objetivo de monitorear y grabar diversas áreas, entre las que se encuentran, pero no son las únicas: pasillos, salas de espera, habitaciones. A estas cámaras y grabaciones solo tiene acceso personal autorizado.
- B. Determinados datos personales de mi Historia Clínica podrán ser usados por los profesionales tratantes con la finalidad de estudios académicos, estadísticos o científicos, con el compromiso y la garantía de éstos de preservar mi identidad, según lo establecido por la Ley 25326. Asimismo, en el marco de la ley citada se me informa que tengo derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos referidos.
- C. Me comprometo a retirar el resultado de la Anatomía Patológica y entregárselos a mi médico tratante. Dejo constancia de haber leído y comprendido lo arriba explicado, y doy mi consentimiento a que se me realice el mencionado procedimiento.

Firma del paciente (*): <i>(a partir de los 13 años)</i>	
Aclaración:	DNI:

Firma de madre / padre / representante: <i>(si el paciente fuera menor de 18 años)</i>	
Aclaración:	
Parentesco:	DNI:

Firma del médico:	
Aclaración:	Matrícula:

Revocación Consentimiento Informado Punción con aguja fina bajo guía ecográfica

....., a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que yo,, DNI previo a esta fecha realicé la firma del Consentimiento Informado Punción con Aguja Fina Bajo Guía Ecográfica y ahora comunico mi decisión de REVOCAR el Consentimiento Informado al que me refiero con anterioridad, a pesar de que me han explicado que no es lo conveniente, debido a mi diagnóstico (indicado en el Consentimiento Informado), ya que comprende riesgos para mi salud.

Manifiesto en forma libre y consciente, a partir de esta fecha, la **REVOCACIÓN** del Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo los riesgos de esta decisión y deslindando de toda responsabilidad al Sanatorio Las Lomas, médicos y profesionales tratantes.

Firma del paciente (*): (a partir de los 13 años)	
Aclaración:	DNI:

Firma del representante legal:	
Aclaración:	
Vínculo:	DNI:

Firma del médico:	
Aclaración:	Matrícula:

(*) Según lo dispuesto en el ARTICULO 26 del Código Civil y Comercial de la Nación - Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. *“Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.”*

Conforme la Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6° modificado por Ley 26742:

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el Consentimiento Informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido:

- a) Cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
 - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - c) Cualquiera de los padres;
 - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - f) Cualquiera de los abuelos;
 - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
 - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
 - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.