

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIANÓSTICO</b>
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES</b>
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
<b>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>
<b>EN QUÉ CONSISTE Y CÓMO SE REALIZA.</b> Es una intervención que consiste en tomar una muestra de lesión focal o difusa guiándose con ecografía, tomografía o angiógrafo. Esta muestra se analizará en el laboratorio o en patología para obtener un diagnóstico preciso de su enfermedad.	
<b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b> Dolor en la zona de punción, a veces se irradia, desaparece espontáneamente. Hematoma pequeño en zona de punción, mareos, sudoración.	
<b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b> Conocer la naturaleza de la enfermedad del paciente para decidir el tratamiento.	
<b>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</b> Obtención de la muestra bajo técnica quirúrgica.	
En su caso:	
<b>QUÉ RIESGOS TIENE</b> Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces, los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LOS MÁS FRECUENTES:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– Dolor en la zona de punción, a veces se irradia, desaparece espontáneamente. Hematoma pequeño en zona de punción, mareos, sudoración.</li></ul></li><li>• <b>POCOS FRECUENTES:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– Hemorragia en la zona de punción, es raro.</li><li>– Infección localizada en zona de punción.</li><li>– Hemorragia interna, complicación muy rara.</li><li>– Punción inadvertida de órgano adyacente.</li></ul></li></ul>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• EFECTOS ADVERSOS DE USUARIOS ANTE EL USO DE MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS DE CONTRASTE EN EL PROCEDIMIENTO:<ul style="list-style-type: none"><li>– Disminución brusca de la presión arterial, taquicardia, disnea, agitación, cianosis, palidez, sudores fríos, disminución del nivel o pérdida de conciencia y paro cardiorrespiratorio, ...</li></ul></li> <li>• LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:</li></ul>	
<p><b>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</b></p> <p>Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicación, especifíquelo. Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavit®, heparina) o bien, padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre..</p> <p>Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente, ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio. Si se va a realizar la biopsia con guía de Resonancia Magnética, especifique claramente si es portador/a de algún objeto metálico interno (implante o prótesis) antes de realizar la exploración.</p>	
<p><b>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</b></p> <p>Si usted tiene historia de alergia a los contrastes yodados, a otros fármacos, asma y otra enfermedad alérgica respiratoria, padece del corazón o tiene insuficiencia renal, deberá comunicar esta circunstancia al profesional que le va a realizar el estudio.</p>	
<p><b>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</b></p> <p>- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.</p> <p>- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.</p> <p>- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
<b>1.2</b>	<b>IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
--	-------------------------------------

(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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión).

<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)</b>	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
--	-------------------------------------

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña. ...., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ       NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ       NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ       NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ       NO

NOTA: Márquese con una cruz.

En .....a.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIADA POR IMÁGENES**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
--	-------------------------------------

<b>2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN</b>	
Yo, D/Dña. ...., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En .....a.....de.....de.....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

<b>2.4 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>	
Yo, D/Dña. ...., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En .....a.....de.....de.....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Parejo y Cañero, S.L. que en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados en nuestros ficheros, cuya finalidad principal es la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria o proceso clínico. Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro situado en C/Cuesta del Molino nº48, 14500 Puente Genil (Córdoba) o mediante envío de un correo electrónico a [proteccion.datos@clinicapyc.com](mailto:proteccion.datos@clinicapyc.com), adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo.