**CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIAS GINECOLÓGICAS**

|  |
| --- |
| Estimado paciente/familiar/tutor, ponemos en su conocimiento los riesgos de la prueba/intervención a la que va ser sometido y solicitar su Consentimiento informado para la realización de la misma, siendo su aceptación voluntaria y pudiendo retirar su consentimiento en el momento que considere oportuno (artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; artículo 6 de la Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias). |

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

He sido informada que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una biopsia de……………………………………………………………………..

Se trata de una intervención consistente en la extirpación de un fragmento de tejido, con fines diagnósticos y/o terapeúticos.

En mi caso concreto la biopsia se hará de……………………………………………………

**RIESGOS**

Toda intervención quirúrgica, tanto por la técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada. Anemia, obesidad etc) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamiento complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como excepcionalmente, un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica pueden ser:

* Hemorragia (inmediata o tardía).
* Infección.
* Quemaduras accidentales en caso de usar electrocirugía (tanto en el electrodo activo como quemaduras distales).
* Excepcionalmente reacción vagal con lipotimia.
* Reacción alérgica al anestésico local.

**OBSERVACIONES**

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Me han explicado las precauciones, tratamiento y cuidados en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Lo habitual será utilizar anestesia habitual. En ciertos casos no es preciso administrar anestesia. En el caso de que fuera necesario realizar la intervención bajo anestesia general o regional será derivada a su centro hospitalario de referencia.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados del estudio. Asimismo he comprendido que dependiendo de los resultados anatomopatológicos y, por tanto, del diagnóstico definitivo, puede ser necesario completar esta intervención con otra más amplia, de la que se me informará en su caso.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**D/Dña**………………………………………………………………………………………………………………...................con

DNI/NIE……………………… como paciente (o representante)

Manifiesto que he sido informada/o, oral y por escrito por el Dr/a…………………………………………………

del procedimiento, alternativas, contraindicaciones y riesgos de la intervención propuesta. Igualmente se me ha informado de las consecuencias de la negativa.

DECLARO que todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas según se dispone en el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Por tanto CONSIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

**Al Dr.**

**D/Dª**  D/Dª

Firma del paciente o representante Firma médica

En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….

|  |
| --- |
| REVOCACIÓN  D/Dña……………………………………………………………………………………………………………………………  REVOCO la decisión anteriormente tomada.  En las Palmas, a……………….de……………………………………………………………………de 20……………………….  D/Dª D/Dª  Firma del paciente Firma médica |