

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

El procedimiento denominado paracentesis consiste en la extracción de líquido ascítico (líquido en el abdomen acumulado de forma inapropiada) mediante una aguja o catéter fino. Mediante esta técnica se puede conseguir dos objetivos: En algunos casos tomar una muestra del líquido para su posterior análisis O bien drenar una cantidad importante cantidad de líquido para evacuarlo y eliminar las molestias que le provoca.

2. ¿Cómo se realiza?:

Se tumbará en una camilla en decúbito supino (sobre su espalda) y, tras desinfectar la zona de punción, se le aplicará anestesia local en la zona de la punción. Una vez limpia la zona, el facultativo le realizará la punción para extraerle líquido, generalmente en la parte inferior izquierda de su abdomen. En ocasiones es necesario localizar el punto de punción, para lo cual se puede utilizar un ecógrafo para localizar la mejor zona para la punción. En algunas ocasiones, su médico le tiene que administrar medicación para evitar complicaciones a otros niveles (como en los riñones).

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes.

Riesgos frecuentes: Hematoma pequeño e indoloro en la zona de punción, que suele desaparecer en varios días. Dolor leve y pasajero en la zona de punción.

Riesgos infrecuentes: Hemorragia en el abdomen (hemoperitoneo) por afectación de un vaso sanguíneo. Punción de vísceras de forma accidental (bazo, asas intestinales, vejiga, etc.). Peritonitis. Neumoperitoneo (aire dentro del abdomen). Reacción alérgica al anestésico local en caso de emplearlo. En algún caso, la aparición de estas complicaciones puede aumentar el riesgo de mortalidad.

4. Consecuencias previsibles de su no realización.

La no realización de la técnica puede llevarnos a no poder llegar a un diagnóstico del cuadro clínico. Si no se realiza una paracentesis evacuadora en una ascitis a tensión, se puede tener importante dolor, dificultad para respirar y en ocasiones complicaciones infecciosas más complejas. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

5. Alternativas:

No existe alternativa para la paracentesis diagnóstica, es difícil llegar al diagnóstico por otros métodos. La paracentesis evacuadora no tiene alternativa, en ocasiones el uso de fármacos puede atenuar la cantidad de líquido dentro del abdomen.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:
Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:
Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:
Firma: _____

Profesional Sanitario/a:
Firma: _____