

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:**

**“PUNCION CITOLÓGICA P.A.A.F. BAJO VISION ECOGRÁFICA”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:**

El objetivo de este examen es obtener una muestra de tejido de una lesión sospechosa en una zona a estudio, la que luego se enviará a Anatomía Patológica para su diagnóstico histológico.

**Descripción del procedimiento:**

Acostada o semisentada en la camilla del ecotomógrafo, ubicada la zona a estudio, el médico que realiza el examen procederá a aplicarle un anestésico local y, posteriormente, hará una incisión pequeña en la piel por donde introducirá una aguja hueca que extraerá muestras de tejido.

**Riesgos del procedimiento:**

Si Ud. tiene una enfermedad que altere la coagulación de la sangre, tiene antecedentes de alergia conocida o está tomando algún medicamento como Aspirina, Ketoprofeno, Ibuprofeno, Piroxican, anticoagulantes (ejemplo: Clopidogrel, Enoxaparina, Neosintron), etc. deberá informarlo al personal antes de realizar el procedimiento.

Este procedimiento es muy poco doloroso o no duele en lo absoluto, pero como consecuencia muy infrecuente, puede producirse una inflamación en la zona puncionada, una infección local o un hematoma en el sitio de la punción en cuyo caso se procederá a comprimir la zona.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

Ninguna.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

De no aceptar el procedimiento este no podrá realizarse y deberá conversar con su médico tratante otras alternativas diagnósticas

**Mecanismo para solicitar más información:**

Cualquier información adicional podrá ser solicitarla al Médico tratante y/o al Médico que realice el procedimiento

**Qué hacer en caso de cambiar de opinión:**

Si Ud. ha rechazado la realización del examen y luego decide cambiar de opinión y hacérselo, NO DEBE BORRAR lo escrito, pues no se reciben documentos enmendados. Debe llenar el cuadrado siguiente que señala **“ Revocabilidad”**

Esto indica que Ud. SI accede a realizarse el examen solicitado.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.