	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUNCION DE QUISTE DE OVARIO GUIADA POR ECOGRAFIA (DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA)</b>  (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
	PÁGINA	1 de 2	

Yo, .....de .....años de edad  
 (NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

### DECLARO

Que el DOCTOR/A .....

Me ha explicado que es necesario Y/O conveniente proceder, en mi situación, a realizar una **PUNCION DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA DE UN QUISTE DE OVARIO GUIADA POR ECOGRAFIA** con el fin de .....

**1. La Punción guiada por ecografía es una técnica que utiliza agujas introducidas en el abdomen a través de la piel o la vagina**, visualizadas siempre con la ayuda de la ecografía la cual permite ver los órganos pélvicos y utilizar bajo visión directa, este instrumento para la succión del liquido contenido en la masa en estudio.

**2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención **INVASIVA**, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

Existen una serie de molestias y/o efectos secundarios propios del procedimiento más o menos frecuentes que son: dolor en el sitio de la punción o en el hombro, hinchazón abdominal y hemorragia vaginal leve en los casos donde se realice una punción por vía vaginal.

Las complicaciones específicas de este procedimiento pueden ser: lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga) e infecciones, para prevenir estas prescribimos un antibiótico profiláctico por las siguientes 24 horas.

La literatura medica informa que en el 85 % de los casos la masa quística no vuelve a aparecer, pero existe la posibilidad de que recidive nuevamente, para evitar esto, en ocasiones se decide la aplicación de aire o sustancias químicas dentro de la masa una vez aspirado su contenido liquido, será decisión del medico la utilización de esto.

**3. Anestesia:** La intervención por ser minimamente invasiva no precisa efectuarse bajo anestesia en la mayoría de los casos.

**4. Anatomía Patológica:** El liquido extraído en la intervención se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. Así mismo 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.


**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO**

Que se me realice una **PUNCION DE QUISTE DE OVARIO GUIADA POR ECOGRAFIA**

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUNCIÓN DE QUISTE DE OVARIO GUIADA POR ECOGRAFIA (DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA)</b>  (EN CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)	VERSIÓN	01
		FECHA	Nov 2013
		PÁGINA	2 de 2

En

.....  
 Firma paciente (LUGAR Y FECHA)