



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE LA GLÁNDULA MAMARIA**

### **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Mediante este procedimiento se toma una muestra de una lesión mamaria que se ha confirmado en estudios que le han realizado con anterioridad, pinchando con una aguja muy fina a través de la piel en el interior de su mama.

### **OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Sirve para determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades de la mama, especialmente para diferenciar las lesiones benignas de las malignas, que junto con otras pruebas, ayudarán al diagnóstico definitivo o aproximativo. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado.

### **RIESGOS FRECUENTES**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Los principales se detallan a continuación:

#### **Frecuentes:**

- Molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas).
- Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

#### **Infrecuentes.**

- Infección en la zona de punción.
- Punción de la pleura (capa que rodea el pulmón) provocando un neumotórax.
- Reacción alérgica aguda severa al anestésico local.

### **RIESGOS POCO FRECUENTES**

Es necesario advertir por parte del paciente de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

### **NOTA ADICIONAL**

El facultativo que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.

**DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PUNCIÓN                      SI            NO**

#### **PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL**

**Nombre:**

**DNI:**

**Firma:**

#### **MEDICO RESPONSABLE**

**Nombre:**

**Nº Colegiado:**

**Firma:**