



Cognoms: _____

Nom del metge: _____

Nom: _____

Servei: _____

Núm. H.C. _____

Intervenció: _____

Com pacient, té dret a ser informat sobre els beneficis i riscos derivats de la punció aspirativa.

El propòsit d'aquest document és informar-lo, per a què pugui prendre la decisió, lliure i voluntària, d'autoritzar o rebutjar la citada tècnica. En aquest sentit, li comuniquem que informar-lo i sol·licitar la seva autorització, sempre que la urgència ho permet, és una norma d'obligat compliment per el/la metge que l'atén, de conformitat amb la legislació vigent.

DECLARO

1. Estar satisfet/a amb la informació que he rebut sobre la necessitat de la punció aspirativa.

2. Que se m'ha informat de les possibles alternatives.

3. Que he rebut informació sobre la tècnica i les possibles complicacions de major gravetat o més freqüents, estant les següents:

- Hematoma a la zona de punció
- Infecció local
- Pneumotòrax
- Hemorràgia, infecció i/o lesions al fetge, braç, ronyó, estómac i intestí

4. Que he estat informat sobre els riscos en relació a les meves circumstàncies personals

5. Que he comprès la informació que m'ha estat proporcionada, que se m'han clarificat tots els dubtes sorgits al respecte i que he estat informat que tinc dret a reconsiderar la decisió presa.

PER TANT☐ **Dono el meu consentiment per a que se'm practiqui una punció aspirativa.**

Signatura del metge

Signatura del malalt

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

☐ **He decidit, no autoritzar la punció aspirativa.**

Signatura del metge

Signatura del malalt

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En el cas de incapacitat del malalt i/o minoria d'edat, especificant la causa de incapacitat:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

C S B Consorci Sanitari de Barcelona



IMAS
Institut de Diagnòstic
per la Imatge
Hospital del Mar



Apellidos: _____

Nombre del médico: _____

Nombre: _____

Servicio: _____

Núm. H.C. _____

Intervención: _____

Como paciente, tiene derecho a ser informado acerca de la punción aspirativa.

El propósito de este documento es informarle, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o rechazar la citada técnica. En este sentido, le comunicamos que informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permite, es una norma de obligado cumplimiento para el médico que le atiende, de conformidad con la legislación vigente.

DECLARO

1. Estar satisfecho/a con la información que he recibido sobre la necesidad de la punción aspirativa.

2. Que se me ha informado de las posibles alternativas.

3. Que he recibido información sobre la técnica y las posibles complicaciones de mayor gravedad o más frecuentes, siendo las siguientes:

- Hematoma en la zona de punción
- Infección local
- Neumotórax
- Expulsar sangre al toser
- Hemorragia, infección y/o lesiones en hígado, bazo, riñón, estómago e intestino

4. Que he sido informado sobre los riesgos en relación a mis circunstancias personales

5. Que he comprendido la información que me ha sido proporcionada, que se me han aclarado todas las dudas surgidas al respecto y que he sido informado que tengo derecho a reconsiderar la decisión tomada.

POR TANTO

☐ Doy mi consentimiento a que se me practique la punción aspirativa.

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

☐ He decidido, **no autorizar** la punción aspirativa

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En caso de incapacidad del paciente y/o minoría de edad, especificando la causa de incapacidad: