

DOCUMENTOS ANEXOS

1. Consentimiento Informado para toma de muestras de Citología por PAAF
2. Consentimiento del familiar para Autopsia de adulto/perinatal
3. Solicitud de Autopsia (llamado en este centro como “Hoja de Defunción”)
4. Consentimiento Informado para Biobanco

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1. ¿Qué es?:** es una técnica que permite obtener muestra de distintos nódulos palpables con una aguja de pequeño tamaño, para determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades, especialmente para diferenciar nódulos benignos de los malignos.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** se realiza pinchando con una aguja muy fina a través de la piel para acceder a la lesión y extraer células, que posteriormente serán analizadas por el patólogo.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas). Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes. Frecuente.
 - **Infrecuentes (menos del 10%):** hemorragias en la zona de punción. Punción de otros órganos adyacentes según la localización del nódulo.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** el procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** la no realización conlleva una falta de información en el proceso del diagnóstico. En especial si no se realiza no se podrá descartar la malignidad. Sin un diagnóstico correcto el tratamiento puede no ser el más adecuado.
- 6. Alternativas:** realizar una biopsia guiada por imagen.
- 7. Riesgos en función de su situación:** el/la paciente debe advertir de la existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por la situación vital actual del/de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**ANATOMIA PATOLOGICA
PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA (PAAF)
DE NODULOS PALPABLES**



**CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALENCIA**

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. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____



CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALENCIA

HOJA DE AUTORIZACION DE AUTOPSIA

Servicio Sección

U. A. N.º cama

Fecha exitus

1.º apellido 2.º apellido

Nombre Fecha nac.

N.º historia clínica

D., como
(indíquese el parentesco), AUTORIZA al Hospital
General de Valencia para que practique al cadáver del arriba asignado el estudio
ANATOMO PATOLOGICO POST-MORTEM.

Valencia, a de de 19

FIRMA,

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO,



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA
COMITÈ DE MORTALITAT I NECRÒPSIAS

HOJA DE DEFUNCION

DOMICILIO:

CALLE _____

MUNICIPIO / PROVINCIA _____

EXITUS

FECHA _____

HORA _____

JUDICIAL: SI NO

LUGAR:

SALA

URGENCIAS

F. INGRESO _____

F. ASISTENCIA _____

FUENTE ING. _____

MEDICO _____

SERV. RESP. _____

U. A. _____

MEDICO _____

CAUSA DE MUERTE

CODIGO

C. BASICA _____

C. INTERMEDIA _____

C. INMEDIATA _____

OTRAS _____

NOMBRE Y FIRMA MEDICO _____

NECROPSIA: SI NO FECHA NECROPSIA _____

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO _____

NOMBRE Y FIRMA ANATOMOPATOLOGO _____



1. Identificación y descripción del procedimiento

El procedimiento que se le propone consiste en donar voluntariamente muestra/s biológica/s de..... Estas muestras biológicas se almacenarán en un biobanco y solo podrán ser utilizadas en proyectos de investigación biomédica que previamente sean aprobados por los comités externos, ético y científico, a los que está adscrito el biobanco.

Las muestras seguirán almacenadas en el biobanco hasta el fin de las existencias si no existe una revocación del presente consentimiento.

2. Objetivo

La finalidad del biobanco es recoger y almacenar muestras biológicas humanas para realizar proyectos de investigación biomédica o diagnósticos. Los resultados de dichos proyectos de investigación pueden derivar en el descubrimiento de nuevos métodos para el mejor diagnóstico de las enfermedades y de nuevas medicinas para tratarlas.

3. Condiciones de la donación

Usted no recibirá ninguna compensación económica ni otros beneficios materiales por donar sus muestras. Sin embargo, si las Investigaciones que se realicen tuvieran éxito, podrán ayudar en el futuro a pacientes que tienen su misma enfermedad o padecen otras enfermedades similares.

Las muestras de los tejidos y/o sangre que usted dona no serán vendidas o distribuidas a terceros con fines comerciales, pero los costes de obtención, conservación y envío de las muestras se repercutirán, sin ánimo de lucro, a quienes las utilicen.

La donación de muestras no impedirá que usted o su familia puedan hacer uso de ellas siempre que estén disponibles, cuando así lo requieran.

En caso de producirse un eventual cierre del biobanco o revocación de la autorización para su constitución y funcionamiento, la información sobre el destino de las muestras estará a disposición en el Registro Nacional de Biobancos para Investigación Biomédica, con el fin de que pueda manifestar su conformidad o disconformidad con el destino previsto de las muestras.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Se podría dar la circunstancia de ser contactado/a con el fin de recabar nueva información sobre su situación o de tomar una nueva muestra que pudiera ser interesante en el desarrollo de la investigación biomédica, en cuyo caso volverá a ser informado/a de la situación y tendrá la libertad de participar o rechazar dicha participación. Por tal motivo, es importante que comunique al Servicio de Admisión del centro FUTUROS CAMBIOS DE DIRECCIÓN y números de TELÉFONO, ya que es la única vía para poder contactar con usted.

Es posible que se obtenga información relativa a su salud derivada del desarrollo de los proyectos de investigación y, en particular, datos genéticos con relevancia clínica. En este sentido, puede solicitar la información relativa a su salud derivada del estudio de las muestras donadas. Para ejercer este derecho, tiene a su disposición en el biobanco el correspondiente formulario de solicitud.

La información que se obtenga puede ser relevante también para sus familiares biológicos. Es decisión suya informarles – algo que nosotros le aconsejamos - con el fin de que, si ellos lo desean, puedan ser estudiados y valorar así cual es el riesgo personal y sus opciones de salud en un futuro.

Cuando esta información, según criterio médico, sea necesaria para evitar un grave perjuicio a la salud de sus familiares biológicos, previa consulta del comité asistencial, se les informará de ello.