



CONSENTIMIENTO PUNCIÓN DE TIROIDES

Nombre del paciente:

DNI:

Fecha:

1. Descripción del procedimiento

Se me ha informado que se me realizará una *Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF)* de un nódulo tiroideo, guiada por ecografía.

Este procedimiento consiste en introducir una aguja fina en la tiroides, con la ayuda de un ecógrafo, para extraer células del nódulo y analizarlas al microscopio (citología).

2. Objetivo del procedimiento

El objetivo es obtener una muestra del nódulo tiroideo para:

- Determinar si es benigno o maligno
- Guiar el tratamiento adecuado
- Evitar procedimientos innecesarios

3. Riesgos y posibles complicaciones

Se me han explicado los posibles riesgos, que aunque poco frecuentes, pueden incluir:

- Dolor leve o molestia en la zona de la punción
- Hematoma local (moretón)
- Sangrado leve
- Infección (muy poco común)
- Mareo o sensación de desmayo
- Necesidad de repetir el procedimiento si la muestra es insuficiente

4. Beneficios esperados

- Procedimiento ambulatorio y de bajo riesgo
- Diagnóstico preciso de lesiones tiroideas
- Ayuda a evitar cirugías innecesarias

5. Otras consideraciones

- Debo comunicar si tomo medicamentos anticoagulantes o si tengo problemas de sangrado.
- Puedo retomar mis actividades habituales poco después, salvo indicación médica.

6. Consentimiento

Declaro que he recibido una explicación clara sobre el procedimiento, sus objetivos, riesgos, beneficios y alternativas.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento.

Autorizo la realización de la PAAF bajo guía ecográfica.

Firma del paciente o representante legal:

Firma del médico que informa: