

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA RENAL PERCUTANEA

Nº Historia: .....  
D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....  
D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....  
En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende tomar muestras del riñón para analizarlas e intentar diagnosticar la causa del deterioro de la función renal y/o de los síntomas que usted padece.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia local.

3.- Mediante esta técnica se introduce una aguja de biopsia en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar con la finalidad de tomar una o varias muestras del tejido renal para su estudio.

Sé que la intervención se realiza con anestesia local en la zona de punción y del trayecto de la aguja hasta entrar en el riñón.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como la imposibilidad de llevar a cabo la punción; reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, de graves consecuencias (incluida la muerte); reacciones vágales: lipotimias, paradas cardiorrespiratorias; sepsis; perforación de asa intestinal, vía biliar u otros órganos con el consiguiente riesgo de peritonitis y hemorragia; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; rotura de instrumentos o de agujas, quedando restos en el interior del riñón y que precisen de otras maniobras o intervenciones para su extracción.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como .....  
.....  
aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como .....

6.- El médico me ha explicado que otra alternativa es la biopsia renal por cirugía abierta, pero que en mi caso la mejor opción es la biopsia renal percutánea.

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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice tratamiento de BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico      Fdo: El Paciente      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico      Fdo: El Paciente      Fdo: El representante legal, familiar o allegado