

## TIROIDESEN ZIZTADARAKO (PAAF) BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN DE TIROIDES (PAAF)

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

PAAF (orratz finarekin eginiko xurgatze ziztada) tiroidesen ziztadaren bidez, guruin horretan detektatu diren lesioen lagin bat edo gehiago hartzen dira.

Ekografia aparatu bati loturiko sistemaren bidez, tiroides-guruinean ziztada egiten da orratz fin batez. Hala, lagina zehatz-mehatz hartu nahi den lekuraino bideratzen du.

Ziztada egin behar den lekua gainazalean dago, eta, gehienetan ez da beharrezkoa anestesia lokala erabiltzea.

Jarraian, zitologiaren espezialistek mikroskopioz aztertuko dituzte laginak.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Lesioan ziztada egitean, molestia edo min arina izango duzu, ez baita anestesiarik erabiltzen. Gainazalean dagoenez, mina jasangarria da (odola ateratzean izaten dugun minaren antzekoa).
- Gerta daiteke ateratako laginak diagnostikoa egiteko balio ez izatea. Halakoetan, berriz egin beharko litzateke ziztada.
- Gutxitan egin ohi da ziztada ziztatu nahi ez den egitura zerbikal batean; esaterako, odol-hodi batean. Orratza oso fina denez, ez dakar konplikazio larriarik. Orratza erretiratu eta une batez estutzen da, odoljariora eten arte.
- Tiroides guruina oso ehun baskularizatua denez, baliteke hematoma txiki bat geratzea. Egun gutxiren buruan kenduko zaizu.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

La punción de tiroides PAAF (Punción aspiración con aguja fina) consiste en tomar una pequeña muestra de una o varias de las lesiones que le han sido detectadas en dicha glándula.

A través de un sistema acoplado a un aparato ecográfico, se pinchará la glándula tiroides con una aguja muy fina. De esta forma, se guía al lugar exacto de donde se desea extraer la muestra.

La zona del pinchazo es tan superficial que la mayoría de las veces no se utiliza anestésico local.

A continuación, especialistas de Citología analizarán las muestras al microscopio.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Al pinchar la lesión se produce una molestia o dolor ligero, ya que no se suele utilizar anestésico. Al ser una zona tan superficial suele ser un dolor soportable (similar al que se produce en una extracción de sangre).
- Puede ocurrir que la muestra extraída no sea válida para el diagnóstico, por lo que sería necesario repetir el pinchazo.
- Raramente podría puncionarse una estructura cervica no deseada, como un vaso sanguíneo, por ejemplo. A ser una aguja muy fina, no suelen suceder complicaciones graves; se retira la aguja y se comprime unos momentos hasta detener la hemorragia.
- Al ser la glándula tiroides un tejido muy vascularizado, puede quedar un pequeño hematoma que se irá resolviendo en pocos días.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Proba egiten ez baduzu, baliteke prozesuaren diagnostiko osoa ez izatea, eta, beraz, ezingo dira gaixotasunerako tratamendu eta pronostiko zuzenak ezarri. Laginak biopsia, kirurgia edo teknika gogorragoen bidez har daitezke.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta asegurerakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

**D. AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ALTERNATIVAS:**

Si no se realiza la prueba, el diagnóstico del proceso puede quedar incompleto, por lo que no se puede establecer un tratamiento y pronóstico correcto de la enfermedad. Las muestras se pueden obtener también mediante biopsia o cirugía, técnicas más agresivas.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

.....&gt;

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/EI/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

Adierazitako prozedurapean **EZ JARTZEAREN** irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de **NO SOMETERME** al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

.....  
**Sinadura eta data**

Firma y fecha