

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: PAAF de grasa subcutánea

### INFORMACIÓN

#### ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

La PAAF (punción aspiración con aguja fina) de grasa subcutánea consiste en puncionar con una aguja fina una parte de su organismo para obtener una muestra de la grasa que hay debajo de la piel. Con la aguja se aspira una pequeña cantidad de la grasa que existe debajo de la piel. Es posible que sean precisas más de una punción.

La aplicación de anestesia local antes de la de punción y aspiración de grasa subcutánea puede ser evitada, pero en función de las características del paciente puede ser realizada.

#### ¿PARA QUÉ SIRVE?

La PAAF de grasa subcutánea sirve para diagnosticar enfermedades que se manifiestan en la grasa que hay debajo de la piel, como por ejemplo la amiloidosis.

#### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

##### Riesgos frecuentes:

No los hay.

##### Riesgos infrecuentes:

Excepcionalmente puede producirse infección en la zona de la punción. Para evitarlo se tomarán las medidas necesarias de limpieza y asepsia de la zona.

##### Riesgos personalizados:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales, son .....

#### ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

Si existe la posibilidad de diagnosticar su enfermedad por otros medios, le será explicado.

#### ¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

Un retraso en el diagnóstico de su enfermedad, o que el diagnóstico no sea correcto, lo que puede ser perjudicial para su salud.

*Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.*

---

Antes de facilitar esta hoja de Consentimiento Informado a su paciente, compruebe si su Centro o Comunidad Autónoma posee un modelo específico para este procedimiento.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud .....

Hospital .....

Servicio de Medicina Interna

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: PAAF de grasa subcutánea

### CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la PAAF DE GRASA SUBCUTÁNEA, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente .....

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)  
DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)  
N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)  
DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)  
N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente  
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)  
DNI.....

Firma del médico  
(responsable de la información)  
N.º Colegiado.....

Fecha de Validación .....