



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

Durante este procedimiento estará anestesiado. La duración del mismo es variable, normalmente 120 minutos, aunque puede ser mayor dependiendo de sus características personales y las de la lesión a tratar.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Cirugía abierta extirpando un trozo de hueso. La No realización de tratamiento garantiza la persistencia de dolor intenso y limitante.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica realizada:

Dolor peri intervención (riesgo frecuente)

La aparición de complicaciones derivadas del procedimiento propiamente dicho son infrecuentes:

En las primeras horas tras el tratamiento puede tener dolor local y edema del área tratada, cede en pocos días y responde al tratamiento oral.

Trastornos locales de la sensibilidad que suelen ser pasajeros.

Quemaduras cutáneas si el hueso es muy superficial.

Los Osteomas localizados en la Columna Vertebral conllevan un riesgo añadido de posibilidad de dañar estructuras nerviosas vecinas.

Fractura ósea, muy infrecuente

Por la exposición a los rayos X:

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

La mayoría de los exámenes no suponen un riesgo para el feto en desarrollo, pero puede haber una pequeña posibilidad de que los rayos X causen alguna enfermedad grave u otra complicación.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.



DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de embolización vascular y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña. DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.) Firma.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____