

Otro tipo de alternativas son la intervención quirúrgica.

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

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.

- Dolor de la zona de punción. Desaparece espontáneamente.
- Hemorragia en la zona de punción. Se trata de una complicación rara, que generalmente produce únicamente un hematoma o moratón en la zona de punción.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Mareo o dolor en el omoplato y región epigástrica, que generalmente desaparece de forma espontánea.
- Hemorragia interna. Fuga de bilis al peritoneo. Neumotórax. Estas son complicaciones más graves que pueden suponer la prolongación del ingreso hospitalario y, excepcionalmente, poner en peligro la vida del paciente.
- Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al coagulación de la sangre.

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.

.....

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 biopsia hepática 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 EL PROCEDIMIENTO

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

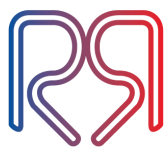
Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dª. (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: _____



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