

Se pinchará la espalda con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local.

Esta exploración dura aproximadamente 40 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Se podría obtener una muestra de su lesión en un quirófano mediante intervención quirúrgica.

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

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.

- Reacciones a la anestesia local: excepcionalmente.
- Dolor intenso en el momento de la punción si se pincha una raíz nerviosa (normalmente es instantáneo y cede solo).
- Hemorragia en el sitio de punción, generalmente autolimitada.
- Si la lesión es de tipo infeccioso (espondilitis) podría existir una diseminación de su infección que habría que tratar con antibióticos. Esta posibilidad es muy rara.
- Punción accidental de otro órgano o estructura en el trayecto de la punción.
- Accidentalmente puede producirse punción de la pleura, penetrando aire en ella (neumotórax). Rara complicación que puede requerir la colocación de un tubo en el tórax para vaciar este aire.
- Aunque las complicaciones descritas son muy poco frecuentes, excepcionalmente pueden ser graves, incluso la muerte.
- Como se utiliza TAC o radioscopia 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.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

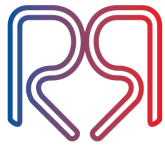
.....

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 vertebral y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

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



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

**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: _____