

Se pinchará con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local.
Esta exploración dura aproximadamente 40 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, 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 DEL TRATAMIENTO

- 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 (osteomielitis) 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.
- Aunque las complicaciones descritas son muy poco frecuentes, excepcionalmente pueden ser graves, incluso la muerte.
- Si 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 la biopsia ósea y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
Que 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: _____