



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE QUISTE

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:

Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE QUISTE

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ del Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización. El procedimiento al que voy a ser sometido se resume en:

La esclerosis o alcoholización percutánea, consiste en tratar un quiste mediante inyección, tras la evacuación del líquido del quiste, de una cierta cantidad de alcohol estéril para producir la destrucción de las células que rodean el quiste de manera que este se fibrose y disminuya de tamaño o desaparezca.

Para ello se pinchará esa zona con un catéter especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local. Posteriormente se le inyectará alcohol en su interior. Con ello pretendemos la curación o al menos la mejoría de su enfermedad.

Para evitar el dolor que produce la esclerosis se le administrarán calmantes y/o se le anestesiará la piel con una aguja fina, dependiendo de sus circunstancias específicas.

Esta técnica dura aproximadamente 60 minutos.

ALTERNATIVAS

El tratamiento completo de estas lesiones suele precisar varias sesiones de esclerosis y controles intermedios, así como la combinación de diversas modalidades terapéuticas (cirugía, embolización arterial, radioterapia...) según cada caso

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

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

LEVES:

- Dolor, que generalmente es leve y pasajero, pero que en raras ocasiones puede ser más intenso.
- Fiebre, generalmente transitoria y leve.
- Sensación de “borracherá”, generalmente de poca intensidad.

GRAVES:

- Hemorragia; a pesar de lo fino que es el catéter, puede ocurrir si se pincha un pequeño vaso, aunque en raras ocasiones. Generalmente suelen ceder, pero puede ser necesario realizar una intervención urgente
- Abscesos, por infección de la zona destruida.
- Colangitis, o inflamación de la vía biliar (en los quistes hepáticos).
- Falta de respuesta de la lesión a la esclerosis
- Muerte, debido a las complicaciones graves mencionadas. Aunque está reflejada en la literatura médica, es extremadamente excepcional que se produzca.
- 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 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.

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 esclerosis percutánea de quiste 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

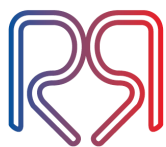
REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /Dña. (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.



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 _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr. /a _____