



El tubo de drenaje se conecta a una bolsa para que el líquido vaya saliendo poco a poco. Cuando se considere oportuno, se procederá a la retirada del drenaje.

La duración de la exploración será, aproximadamente de 30 a 60 minutos. Se utilizará sedación o anestesia según las características del paciente.

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

#### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica.

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

- Hematoma localizado en la zona de punción.
- Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.
- Sudoración, mareos.

Complicaciones graves pero muy raras son:

- Infección intrabdominal e incluso sepsis
- Hemorragia que pueda precisar transfusión, cirugía o embolización.

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

#### **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.

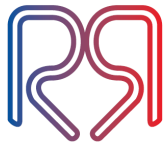
Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina®, plavix®, heparina...) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

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 una paracentesis 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 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./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: \_\_\_\_\_