

Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

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

ALTERNATIVAS

En la actualidad, se podría obtener una muestra de su lesión en un quirófano mediante intervención quirúrgica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- 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.
- 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.

.....

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 una punción aspiración de disco intervertebral 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 LA INTERVENCIÓN

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. /D^a. (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: _____