

líquido, en cuyo caso deberá mantenerse ese tubo durante varios días, y, si el líquido es muy denso, puede ser necesario administrar una medicación (uroquinasa) para facilitar el drenaje del derrame.

Ocasionalmente puede ser necesario recolocar el catéter. Para ello se le volverá a administrar un anestésico local y se repetirá el procedimiento.

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.
- Dolor, pasajero, sobre todo al vaciarse completamente el derrame y contactar de nuevo las pleuras.
- Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.
- Neumotórax, por entrada de aire al espacio pleural.
- Mareo, durante el procedimiento.
- Punción de una arteria o bronquio principal. Es muy raro que ocurra pero puede ser una complicación potencialmente muy grave

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.

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 toracocentesis 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



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

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: _____