



o caminar. El tratamiento pretende conseguir la desaparición de estos síntomas mediante el vaciamiento del quiste.

Para ello, y tras anestésicar la zona de punción con anestésico local se pincha la lesión con control de ecografía y se vacía. Para finalizar, se introduce un medicamento por la misma aguja.

Eventualmente puede ser necesario introducir medicación para evitar la recurrencia de la lesión. Por ello, debe tener en cuenta que todo el tratamiento puede requerir más de una hora.

Puede que sea necesario realizar controles o repetir el procedimiento

### **ALTERNATIVAS**

Tratamiento médico sintomático y en casos específicos, tratamiento quirúrgico.

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

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:**

- Dolor de la zona de punción. Desaparece espontáneamente.
- Hemorragia en la zona de punción. Se trata de una complicación rara, que generalmente produce únicamente un hematoma o moratón en la zona de punción.
- Infección localizada en la zona de punción.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlos.

### **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 del tratamiento de ganglión 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.

### **EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico



**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

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

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

---

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /D<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_