



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO PERCUTANEO DE QUISTE DE BAKER

### 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 TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE QUISTE DE BAKER**

Se pone de manifiesto que el Dr./a: \_\_\_\_\_ de Servicio de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:

El quiste de Baker aparece en la cara posterior de la rodilla y en ocasiones provoca cuadros de dolor y dificultad para caminar. El tratamiento pretende conseguir la desaparición de estos síntomas mediante el vaciamiento del quiste.

Para ello, y tras anestesiar la zona 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 facilitar el drenaje de la colección. Por ello, debe tener en cuenta que todo el tratamiento puede requerir unos 30 minutos.

Puede que sea necesario repetir el procedimiento

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

#### **ALTERNATIVAS**

Tratamiento médico sintomático y en casos específicos, tratamiento quirúrgico.

#### **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 quiste de Baker 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



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: \_\_\_\_\_