



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

aguja intramuscular, llegamos hasta la calcificación y se comienzan a realizar lavados de la misma con el anestésico. De esta manera se provoca la salida del calcio. Por último, antes de finalizar el procedimiento, se inyecta un fármaco corticoide en esta zona tratada, para evitar complicaciones posteriores.

Durante toda la exploración el paciente debe permanecer sentado y con el brazo en la espalda. En algunos casos, dependiendo de la clínica o de los hallazgos en ecografía, puede ser necesario repetir la punción en fechas posteriores.

Todo el procedimiento tiene una duración aproximada de 30 - 45 minutos.

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

ALTERNATIVAS

Tratamiento médico sintomático. Tratamiento quirúrgico. Litotricia con ondas de choque.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Dolor de la zona de punción durante el procedimiento. Desaparece espontáneamente.
- Dolor en el hombro durante las 48 horas posteriores al tratamiento.
- Hematoma o moratón en la zona de punción.
- Mareos. Se trata de reacciones que se controlan y se pasan en unos minutos.

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 de un drenaje percutáneo de tendinitis calcificante de hombro 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^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: _____