

CONSENTIMIENTO INFORMADO ABLACIÓN DE LESIONES ÓSEAS POR RF

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

Se le va a tratar una lesión ósea mediante una punción a través de la piel y la aplicación a través de una aguja de calor para “quemar” la lesión. El objetivo es disminuir el dolor que esta lesión le provoca.

La prueba consiste en pinchar con una aguja la zona de hueso donde se le ha detectado una lesión. Para asegurarnos que pinchamos en la zona correcta, nos ayudamos del TAC (escáner). A través de esa aguja, se aplica el calor.

Durante este procedimiento estará sedado y/o anestesiado para evitar el dolor.

Este tratamiento lo realiza un médico especialista, que necesita de su colaboración. Él o ella le indicará qué es lo que tiene que hacer. Esté atento y siga sus instrucciones para que la prueba salga bien. Es necesario que permanezca quieto y, a veces, en una posición que puede resultar algo incómoda durante varios minutos.

La duración del estudio es variable, normalmente 120 minutos, aunque puede ser mayor dependiendo de sus características personales.

¿CÓMO TIENE QUE PREPARARSE?

Para esta prueba debe ingresar la misma mañana del procedimiento en el Hospital de Día. Por la mañana, deberá estar en ayunas.

Tras la realización del procedimiento, permanecerá ingresado bajo vigilancia 12-24 horas.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Las derivadas del acto anestésico que le serán explicadas por el médico anestesista.

La aparición de complicaciones derivadas del procedimiento es rara. En las primeras horas tras el tratamiento puede tener dolor local en el punto de entrada de la aguja. Los trastornos locales de la sensibilidad suelen ser pasajeros. Es excepcional la aparición de quemaduras cutáneas.

Los estudios radiológicos no son recomendables durante la gestación, por lo que **si usted está embarazada o cree que puede estarlo**, díganoslo antes de empezar.

¿QUÉ ALTERNATIVAS HAY?

Sólo el tratamiento médico intensivo.

ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS DE SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA PODER REALIZARLE LA PRUEBA:

D./Dña _____ con DNI/Pasaporte nº _____ mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente, manifiesto que:

En caso de incapacidad o minoría de edad, representante y/o tutor

D./Dña _____ con DNI / Pasaporte nº _____ mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que como representante y/o tutor del paciente (parentesco _____):

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra _____, adscrito a la unidad de _____, de los siguientes puntos: qué es, como se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Declaro que he sido amplia y satisfactoriamente informado, he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones del procedimiento, y **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad).

Y para que así conste, enterado y conforme firmo todas las hojas del presente original.

_____, a ____ de _____ de _____

Firma del Paciente / Representante y/o Tutor

Identificación y firma del médico que informa

(*) Orden de prelación: cónyuge, hijos, padres, hermanos, otros.

SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN O ALGUNA ACLARACIÓN, NO DUDE EN PREGUNTAR ANTES DE EMPEZAR LA PRUEBA.

Los resultados se enviarán directamente a su médico, salvo que le indiquemos lo contrario.