

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA INTRADISCAL

EN QUÉ CONSISTE LA TERAPIA INTRADISCAL

La técnica consiste en tratar un disco de la columna mediante una aguja especial cuya punta se introduce en el interior del disco, de manera que se produzca un alivio del dolor lumbar. Esta prueba suele ir precedida de una discografía diagnóstica, para identificar los discos lesionados. Se puede realizar a nivel cervical o lumbar. Se realiza en quirófano, con anestesia local y con control de rayos X. Durante la prueba estará tumbado boca abajo en el caso de la zona lumbar o boca arriba en la zona cervical. La prueba es poco dolorosa. Puede ser necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico.

RIESGOS TÍPICOS DE LA TERAPIA INTRADISCAL

Son poco frecuentes y en general de poca importancia:

Síncope vasovagales, mareo, sudoración que puede llegar a producir pérdida de conocimiento si no se tratan, es poco frecuente y se trata con facilidad.

Estimulación de una raíz nerviosa que se encuentra en la vecindad de la zona a puncionar, puede producir dolor que se extiende a la pierna o al brazo dependiendo de la zona donde se esté realizando la exploración.

Muy poco frecuentes aunque mas graves:

Discitis, es la infección del disco explorado que puede producir dolor lumbar persistente, fiebre y que requerirá un tratamiento específico con antibióticos y analgésicos.

Lesiones radiculares por afectación de algunas de las raíces nerviosas situadas en la vecindad del disco a tratar, pueden ser pasajeras o pueden prolongarse o llegar a ser definitivas, es muy poco frecuente

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....
.....
.....
.....

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de LA RADIOFRECUENCIA DE UN DISCO, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice UNA RADIOFRECUENCIA DE DISCO

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....

Firma DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA DE DISCO

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del Ganglio Estrellado.

Firma del paciente

Fecha