



Consentimiento Informado Para
Bloqueo O Inyección De Corticoides En
El Sistema Musculo Esquelético Bajo
Tomografía Computada (TAC) O
Ecografía

Consentimiento Informado Para Bloqueo O Inyección De Corticoides En El Sistema Musculo Esquelético Bajo Tomografía Computada (TAC) O Ecografía

Consentimiento Informado Para Bloqueo O Inyección De Corticoides En El Sistema Musculo Esquelético Bajo Tomografía Computada (TAC) O Ecografía

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento de:
Bloqueo o Inyección de Corticoides en el Sistema Musculo esquelético Bajo Tomografía Computada (TAC)
o Ecografía

INFORMACIÓN

Su médico tratante nos ha solicitado un bloqueo o inyección de corticoide en el sistema musculo esquelético, en su caso particular, esto puede corresponder a cualquier estructura anatómica, sea articulación, hueso, tendón, bursa o partes blandas, donde sea necesario controlar síntomas, principalmente dolor.

Este es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la introducción a través de la piel de una aguja fina y luego una inyección de sustancias antiinflamatorias y analgésicas, principalmente corticoides y anestésico local, en forma controlada y guiada por métodos de imagen, dentro de la estructura anatómica que le está provocando molestias.

El procedimiento se realiza en una sala de TAC, Angiografía o Ecografía especialmente habilitada para tal efecto, y es llevado a cabo por el servicio de radiología intervencionista, por un equipo médico especializado en la técnica y en la interpretación de imágenes.

En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa (tranquilizantes). El procedimiento puede provocar molestias, las que son pasajeras.

El objetivo del procedimiento, esto es, la disminución de sus síntomas, se logra en la mayoría de los casos, y su duración es variable, siendo en promedio 3 meses. La eficacia del procedimiento dependerá de la severidad y cronicidad de su enfermedad, y en muchos casos, el procedimiento servirá como un ensayo terapéutico para averiguar si en definitiva es la estructura anatómica tratada la que causa sus síntomas, ya que en ocasiones los síntomas de dolor son inespecíficos y no se pueden localizar en una articulación o estructura en particular. Así entonces, si el procedimiento no provoca mejoría en sus síntomas, la causa más probable es que su dolor no era provocado por esa estructura, y su médico tratante deberá buscar otras causas.

A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia y la infección, cuya frecuencia es baja dependiendo del sitio de punción.

Nuestra clínica dispone de los medios e infraestructura necesaria como para poderle garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.

El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento de:

BLOQUEO O INYECCIÓN DE CORTICOIDES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO BAJO TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC) O ECOGRAFÍA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).