

Consentimiento Informado para Tratamiento
Ablativo Percutáneo de Osteoma Osteoide y
otros Tumores Benignos

Radiología Intervencional



Consentimiento Informado para Tratamiento Ablativo Percutáneo de Osteoma Osteoide y otros Tumores Benignos

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 ABLATIVO PERCUTÁNEO DE OSTEOMA OSTEOIDE Y OTROS TUMORES BENIGNOS



INFORMACIÓN

EL Osteoma Osteoide es un tumor óseo benigno que provoca dolor crónico, que muchas veces no logra ser controlado con analgésicos, siendo necesario su extirpación para curar los síntomas. La extirpación tradicionalmente se realiza a través de una resección quirúrgica abierta realizada por Traumatología.

Durante los últimos años, la evidencia científica y la práctica médica han impulsado a un nuevo procedimiento, denominado ablación por radiofrecuencia percutánea bajo TAC, como el tratamiento ideal y de primera línea en muchos casos de osteoma Osteoide, en especial, aquellos ubicados en sitios difíciles de acceder mediante cirugía abierta. Su traumatólogo, y el radiólogo intervencionista que le realizará la intervención, luego de haber revisado su clínica e imágenes, han determinado que la opción de ablación por radiofrecuencia es la mejor alternativa de tratamiento.

Este procedimiento consiste en la introducción a través de la piel de una aguja, bajo guía de tomografía computada, siendo situada en el centro del tumor, el que es destruido mediante la generación de calor a través de radiofrecuencia.

El procedimiento se lleva a cabo en una sala de TAC.

Se le administrará anestesia general dado que el procedimiento es doloroso. Cualquier consulta o preocupación en cuanto a la anestesia general puede consultarla con nuestro anestesista antes del procedimiento.

El personal médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado tanto en lo que respecta a la técnica como en el manejo de las imágenes.

No obstante, en ocasiones pueden producirse complicaciones, siendo la hemorragia y el dolor residual las más importantes.

Posterior al procedimiento quedará hospitalizado en observación por 24 horas.

La respuesta clínica esperada es la desaparición del dolor en un plazo de 24-72 horas, aunque a veces la respuesta es más tardía (1 – 2 semanas). El rendimiento del procedimiento, medido en cuanto a éxito clínico a largo plazo, esto es, ausencia de dolor al año, es de un 85-90 %. En caso que su dolor persista o reaparezca, lo recomendable es repetir estudio de imágenes y reanalizar su caso en particular buscando el mejor manejo, que puede ser realizar una nueva ablación o derivar a cirugía respectiva.

Es optativo tomar biopsia de la lesión antes de realizar la ablación, y en la mayoría de los casos no se realiza pues es un obstáculo técnico y el diagnóstico es clínico e imagenológico característico.

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.



Autorizo también al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso de que se produzcan complicaciones.

He entendido que puedo retirar este consentimiento en el momento en que yo lo desee. Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el:

TRATAMIENTO ABLATIVO PERCUTÁNEO DE OSTEOMA OSTEOIDE Y TUMORES BENIGNOS

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).