

**Consentimiento Informado para Aspiración Guiada Bajo
Ecografía de Calcificaciones de las Partes Blandas**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASPIRACION GUIADA BAJO ECOGRAFIA DE CALCIFICACIONES DE LAS PARTES BLANDAS.

Además de la información facilitada por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito de este documento es que usted conozca el procedimiento al que va a ser sometido, sus beneficios y las complicaciones más frecuentes.

Lea atentamente este documento y consulte todas las dudas que se le planteen antes que se realice el procedimiento. Usted o su representante legal de no poder hacerlo personalmente deberá firmar el consentimiento para poder realizar la intervención. También puede revocar (rechazar) su decisión en cualquier antes de que se realice.

PACIENTE

Yo, Don/Dña.....de.....años,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

RUT n.º....., con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL o FAMILIAR

Yo, D./Dña.
.....de.....años, (Nombre y
dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

RUT n.º....., en calidad de.....del
paciente.

(Representante legal o familiar)

DECLARO

Que el Dr./la Dra

(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento de ASPIRACION DE CALCIFICACIONES DE PARTES PLANDAS BAJO ECOTOMOGRFIA. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PRE-PROCEDIMIENTO

Antes del procedimiento podría ser necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, generalmente exámenes de imágenes y/o de laboratorio.

Es importante que el paciente no tenga alteración de su función renal, por esto como norma de nuestro servicio los paciente mayores de 70 años deberá contar con un resultado de creatinina normal de no más de un mes de antigüedad, si no fuese así se analizara caso a caso si es posible realizar el procedimiento.

Es necesario informar al médico de alergias, uso de medicamentos anticoagulantes o algún tipo de dispositivo electrónico en su cuerpo.

Es un procedimiento que no requiere ayunas.

Las mujeres siempre deben informar la posibilidad de embarazo.

2. PROCEDIMIENTO

Este es un procedimiento invasivo, en el cual por medio del uso de técnica aséptica se procede a la introducción a través de la piel de una aguja hasta el espacio intra articular donde se ubican las calcificaciones, el proceso es guiado bajo ecotomografía. Una vez que se haya alcanzado la calcificación o calcificaciones, se procede al lavado y aspirado de ellas con una solución estéril e isotónica (suero fisiológico estéril). Posterior a la aspiración y dilución de la mayor cantidad posible de calcificaciones, se procede a la administración intra articular de una sustancia antiinflamatoria (Glucocorticoides), esta administración se realiza en forma controlada y guiada por métodos de imagen.

Este procedimiento requiere el uso de anestesia local en el sitio de punción. El procedimiento puede provocar molestias, en relación a la punción pero son pasajeras.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención podría presentar dolor en relación con el sitio de punción y aumento de volumen, lo que es esperable y pasara dentro de los días subsiguientes.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por condiciones propias del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, alteraciones de coagulación etc), lleva implícitas una serie de complicaciones, de escasa frecuencia, pero potencialmente serias, que podrían

requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden incluso causar la muerte.

Entre ellas las complicaciones cabe mencionar:

Dolor de la zona puncionada, el cual normalmente cede espontáneamente, o con el uso de analgésicos.

Infección en relación con el sitio de punción, intra articular o de planos profundos, esto se manifiesta con aumento de volumen, enrojecimiento de la piel, más dolor local a la palpación

Hemorragias auto limitadas o hematomas en el sitio de punción, estos habitualmente desaparecen frecuentemente al poco tiempo y no requieren un tratamiento específico.

Reacción alérgica al medicamento anti inflamatorio, lo que es muy poco frecuente.

Es inusual la necesidad de hospitalización del paciente para el manejo de alguna complicación post procedimiento, sin embargo, si esto fuese necesario será asesorado por el médico que realiza el procedimiento los pasos a seguir.

5. POSTCUIDADOS DEL PROCEDIMIENTO

Se recomienda no realizar actividad física las siguientes 72 horas y observar la zona puncionada en las siguientes 48 horas.

En caso de dolor del sitio de punción, se debe aplicar hielo local protegido (lo puede envolver en un paño limpio) realice esta aplicación unas 3 veces al día por 10 minutos y tome el anti inflamatorio no esteroide que le indicara el médico que realiza el procedimiento

En pocos casos se puede producir reacciones alérgicas al anestésico local o al medicamento anti inflamatorio, generalmente son de grado leve y de remisión espontánea.

En caso de dolor persistente, aparición de fiebre o sangrado abundante deberá acudir a un servicio de urgencia. Estas complicaciones habitualmente se resuelven sin mayores incidencias.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines

científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora otorgo.

Manifiesto que he comprendido las explicaciones, las que se me han entregado en un lenguaje claro y sencillo, también informo que el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes de realizar este procedimiento, así como de los riesgos y complicaciones que pueden surgir.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice/realice al paciente el procedimiento:

ASPIRACION GUIADA BAJO ECOGRAFIA DE CALCIFICACIONES DE LAS PARTES BLANDAS.

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).