CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PUNCIÓN ARTICULAR

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se realiza una punción con una aguja muy fina para alcanzar la cavidad articular y posteriormente inyectar una solución de contraste yodado y de gadolinio, a fin de realizar posteriormente el estudio de resonancia magnética solicitado por su médico.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Sirve para determinar la naturaleza de diversas lesiones de su articulación, particularmente para la valoración de labrum y cartílago. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Los principales se detallan a continuación:

Frecuentes:

- Molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas).
- Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

Infrecuentes.

- Infección en la zona de punción.
- Punción de la pleura (capa que rodea el pulmón) provocando un neumotórax.
- Reacción alérgica a alguno de los contrastes empleados (generalmente de carácter leve, como náuseas, vómitos, picores o manchas en la piel, o en ocasiones más graves como hinchazón de párpados o labios que pueden durar varias horas). Excepcionalmente, reacciones muy graves (dificultad respiratoria que requiera intubación, alteraciones circulatorias, pérdida de conciencia, convulsiones, o incluso la muerte).

RIESGOS POCO FRECUENTES

Es necesario advertir por parte del paciente de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

NOTA ADICIONAL

El facultativo que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PUNCIÓN SI NO

PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre:
DNI:
Firma:

MEDICO RESPONSABLE
Nombre:
Nº Colegiado:
Firma: