

## Hospital Costa del Sol. Servicio de Radiodiagnóstico.

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ARTROGRAFÍA/ ARTROTAC

Nombre: .....

Edad: .....

Nº HHCC: .....

#### ¿Qué le vamos a hacer?

La artrografía es una técnica para ver las articulaciones por dentro. Una vez anestesiada la piel, se le pinchara la articulación a estudiar con una aguja fina y se le introducira una pequeña cantidad de liquido ( contraste yodado) y de aire. Posteriormente, tras retirar la aguja, se le haran radiografias y un TAC de la articulación.

La intervención suele durar unos 20 minutos, y no suele necesitar sedacion.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos, que a continuación le exponemos.

#### ¿Qué riesgos tiene?

Son muy escasos y estaran relacionados con la tecnica o con sus circunstancias personales especificas

#### **Riesgos relacionados con la tecnica:**

-Se puede pinchar un vaso sanguíneo, que si sangra mucho, y de forma excepcional, podra necesitar tratamiento.

-Si es usted alérgico al contraste yodado por via intravenosa. Lo normal es que el contraste que le vamos a introducir en la articulación en muy pequeña cantidad no contacte con la sangre, por lo que aunque usted sea alérgico no habra problemas. Pero, si excepcionalmente el contraste pasa a la sangre,y usted es alérgico, podria producirse una reaccion alergica, casi siempre leve, que provocaria picores o nauseas.

Muy excepcionalmente podria darse una reaccion grave, con problemas respiratorios o cardiovasculares que requeriria tratamiento.

-Alergia al anestésico local, si entra en contacto con la sangre, absolutamente excepcional

#### **Riesgos relacionados con sus circunstancias personales especificas:**

**En todo caso, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios técnicos de este hospital estan dispuestos para intentar solucionarlo**

### ¿Qué otras alternativas hay?

En su caso, considerando que por sus circunstancias específicas no está indicado realizar una resonancia magnética, no hay otras pruebas diagnósticas con garantías suficientes, por lo que el siguiente paso sería directamente la artroscopia o la intervención quirúrgica abierta.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

#### Declaraciones y firmas:

D./D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. ....  
he sido informado suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento (SI\_\_\_,NO\_\_\_) para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente

Fecha: ..... / ..... / .....

D./D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. .... y  
en calidad de ..... he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento(SI\_\_\_,NO\_\_\_)

Firma del tutor ó familiar

Fecha: ..... / ..... / .....

Dr. D./D<sup>a</sup>....., he informado al paciente y al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles.

Firma del médico responsable

Fecha: ..... / ..... / .....

**Revocacion del consentimiento:**

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI..... revoco el consentimiento prestado en fecha.....  
y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI.....y en calidad de ....., revoco  
el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el  
procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del familiar o tutor:

Fecha...../...../.....

Dr.D/D<sup>a</sup>..... he recibido la revocacion del  
consentimiento prestado en fecha....., por lo que no se prosigue con el  
procedimiento

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....