INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE ARTROGRAFÍA DIRECTA

D/Dña:.....con D.N.I.....

está citado/a el día / / 201 a las ..... horas para la realización de una Artro-Resonancia de.....

.....(indique parte del cuerpo).

Fecha de Nacimiento:.....Peso Aproximado.....

USTED DEBE SABER:

FINALIDAD:

Valorar daños articulares con mayor precisión y que su traumatólogo pueda decidir el tipo de tratamiento, quirúrgico o no, según el tipo de dolencia.

PROCEDIMIENTO:

Se trata de la realización de una RM o TAC tras la inyección intraauricular de un medio de contraste para distender dicha articulación y estudiar su estructura interna adecuadamente. Primero se anestesia la piel y los planos profundos con anestésico loca. Tras ello se procede a pinchar la articulación con una aguja muy fina. Como el espacio articular es muy pequeño, se necesita control ecográfico o de RX para dirigir bien la punción.

Una vez comprobada la posición correcta de la aguja, se inyecta una escasa cuantía (la cantidad exacta depende de la articulación a distender) de una solución salina que lleva diluido el contraste (gadolinio o contraste iodado) y 2,5 cc de anestésico local.

Tras ello se le pedirá que mueva discretamente la articulación durante 10 min y después se le realizará la prueba de RM o TAC.

MOLESTIAS HABITUALES:

Al utilizar anestésico local la punción es generalmente indolora. De todos modos existe una gran variabilidad entre los pacientes en cuanto a la sensación de dolor.

Es normal que sienta dolor en las horas posteriores a la exploración.

Si siente dolor puede tomar su analgésico habitual.

RIESGOS LEVES:

Reacciones vagales (mareo, sensación de calor en la cara y cuello y taquicardia), siendo la frecuencia de todas ellas inferior a 1/1000 pacientes.

RIESGOS GRAVES Y SECUELAS:

Sumamente raras. Estas incluyen la infección, la reacción alérgica a los medios de contraste intraauriculares.

ALTERNATIVAS:

No del mismo valor diagnóstico.

OTRAS CONSIDERACIONES	SI	NO
¿Está en ayunas?		
¿Está embarazada o cree que pueda estarlo?		
¿Es alérgico a algún medicamento o medio de contraste utilizado en RM o TAC?		
¿Recibe terapia de anticoagulación o tiene alguna coagulopatía?		
¿Presenta fiebre u otros síntomas de infección?		

RECOMENDACIONES POSTERIORES A LA PRUEBA:

Reposo relativo de la articulación durante 24/48 h.

Toma de analgesia si dolor

Si el dolor aumenta, es muy intenso, nota enrojecimiento e inflamación, acuda al hospital.

OTRAS CONSIDERACIONES:

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Fecha:.....

Nombre del paciente.....D.N.I..... Firma del médico
(firma)

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre:.....D.N.I. .....
(Firma)

En calidad de ..... autorizo la realización del procedimiento.

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para la realización de la prueba/para la administración de medio de contraste, ***(táchese lo que no proceda)*** haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:.....
.....

Nombre paciente,.....D.N.I.....Firma testigo, Firma Médico,
(firma)

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre:.....D.N.I. .....
Firma

En calidad de ..... deniego la autorización para la realización del procedimiento.