

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA D'UN DISC

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient radiofreqüència d'un disc.

EN QUÈ CONSISTEIX LA RADIOFREQUÈNCIA D'UN DISC

La discografia consisteix a tractar un disc de la columna mitjançant una agulla especial la punta de la qual s'escalfa per produir la destrucció de les terminacions nervioses d'aquest disc, de manera que es produeixi un alleujament del dolor lumbar. Aquesta prova sol anar precedida d'una discografia diagnòstica, per identificar els discos lesionats. Es pot realitzar a nivell cervical o lumbar. Es fa al quiròfan, amb anestèsia local i amb control de raigs X. Durant la prova estarà estirat de boca terrosa en el cas de la zona lumbar o panxa amunt a la zona cervical. La prova és poc dolorosa. Pot ser necessari utilitzar petites quantitats de contrast radiològic per comprovar la situació de l'agulla, de manera que si és al·lèrgic al contrast o ha tingut algun problema en alguna exploració radiològica, comuniqui-ho al seu metge. La durada del tractament és d'uns 20 a 30 minuts.

RISCOS TÍPICS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DE DISC

Són poc freqüents i en general de poca importància:

Síncopes vasovagals, mareig, sudoració... que poden arribar a produir pèrdua de coneixement si no es tracten. Són poc freqüents i es tracten amb facilitat.

Estimulació d'una arrel nerviosa que es troba en el veïnatge de la zona de punció: pot produir dolor que s'estén a la cama o al braç dependent de la zona on s'estigui fent l'exploració.

Molt poc freqüents, encara més greus:

Discitis: és la infecció del disc explorat, que pot produir dolor lumbar persistent, febre i que requerirà un tractament específic amb antibiòtics i analgèsics.

Lesions radiculars per afectació d'algunes de les arrels nervioses situades en el veïnatge del disc a tractar: poden ser passatgeres, es poden prolongar o arribar a ser definitives. Són molt poc freqüents.

RISCOS PERSONALITZATS

Aquests riscos estan relacionats amb l'estat de salut previ del pacient, i els més significatius són:

.....
.....
.....
.....

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

Per raons d'organització és possible que l'anestesiòleg que el visita i el que practicarà l'anestèsia no sigui el mateix. En el cas en que durant el procediment sorgeixi alguna situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo el Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació adicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui practicada una radiofreqüència de disc.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització de radiofreqüència de disc.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....