



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____
2º APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

EN QUÉ CONSISTE DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

El procedimiento está indicado para pacientes con dolor lumbar/radicular (dolor en piernas) cuya causa más probable sea uno o varios discos con profusión o hernia contenida (donde el material discal no salga hacia el espacio epidural) o por dolor discogénico causado por rotura interna del disco.

El procedimiento consiste en acceder a la columna lumbar por la espalda, a través de una aguja fina hasta el disco/o discos implicados. El ozono es un gas derivado del oxígeno, producido in situ por un equipo testado y aprobado por la CE. Todo el material utilizado es desechable y elaborado según las directivas ministeriales. La ozonoterapia aun no es una terapia regulada por el Ministerio de Sanidad, pero si tolerada en el territorio español y practicada por médicos especializados en ella.

Es habitual el uso de anestésico local y el procedimiento se realiza bajo sedación consciente que permite al médico poder comunicarse adecuadamente con el paciente durante toda la intervención. El paciente debe permanecer despierto durante el procedimiento.

La técnica se llevará a cabo en un área que cumpla con las debidas condiciones de esterilidad y asepsia.

COMPLICACIONES DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Durante los primeros días puede tener molestias y dolor en la región lumbar, donde se realiza el abordaje. Lo habitual es que ceda con analgésicos.

Afectación de las estructuras internas (hueso, envolturas medulares, etc.)

Lesión o irritación de una raíz nerviosa durante el procedimiento

Persistencia de dolor residual

Hematoma

Infección

Fistula de LCR

Reproducción de la Hernia Discal

Complicaciones trombo embolicas y vasculares

Riesgo de muerte

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

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

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos del DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....

Firma DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Revoco el consentimiento para la realización del DESCOMPRESIÓN QUÍMICA PERCUTÁNEA CON OZONO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Firma del paciente

Fecha