



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCOMPRESIÓN TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

EN QUÉ CONSISTE DESCOMPRESIÓN TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER

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

El objeto de las técnicas percutáneas intervencionistas para el tratamiento de hernias de disco es reducir la hiperpresión intradiscal y la hernia que comprime la raíz del nervio y reducir la inflamación producida por desgarró anular o por la degeneración del disco, lo que puede ser responsable del dolor.

Consiste en acceder a la columna lumbar por la espalda, a través de una aguja fina hasta el disco/o discos implicados. Se introduce una fibra óptica en el disco intervertebral, guiada mediante técnicas de imagen. La emisión de energía láser vaporiza una pequeña porción del núcleo pulposo.

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.

COMPLICACIONES DESCOMPRESIÓN TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER 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 de algún nervio en las maniobras quirúrgicas

Hematoma

Infección

Fístula 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 TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER 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 TÉRMICA CON LASER 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 TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Revoco el consentimiento para la realización del DESCOMPRESIÓN TÉRMICA PERCUTANEA CON LASER PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DISCALES

Firma del paciente

Fecha