hm hospitales

hm hospitales

Servicio de Medicina Nuclear

Consentimiento informado de sinovectomía isotópica

Nombre y Apellidos del paciente:é é

Nombre del médico que le informa:.....

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La Sinovectomía Isotópica es un tratamiento utilizado para la curación o mejoría de la inflamación articular prolongada que no ha respondido a otro tipo de tratamientos. Consiste en la inyección, dentro de la articulación, de una dosis de un radionucleido (Y^{90}) que frena el crecimiento de la membrana que tapiza la articulación, responsable de la inflamación y del acumulo de líquido en su interior.

Puede realizarse con anestesia local y requiere 48 horas de reposo relativo y control de evolución.

El dolor durante la técnica es escaso y, generalmente, producido por la inyección de anestesia. La dosis de radiación es pequeña y actúa de forma prácticamente exclusiva sobre la articulación enferma.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Son poco frecuentes.

- **Leves:** Dolor en el sitio de la punción cuando pasa el efecto de la anestesia. Pequeños hematomas.
- **Graves:** De forma excepcional, paso de una infección a la articulación tratada o quemaduras leves en la zona de la piel que se punciona. Rara vez se producen reacciones tóxicas.

RIESGOS PERSONALIZADOS

CONTRAINDICACIÓN: Embarazo.

ALTERNATIVAS: Cirugía de la articulación.

DECLARO, que he sido informado por el médico D.é é é é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é é é de los riesgos de la exploración y habiendo leído la presente firmo como **CONFORME:**

En é é é é é é é é é é é .. a,é é é é é ..de é é é é é é é é é é é é é é é é é .de é é é

Paciente	**Representante legal**	**Médico**
D.N.I:	D.N.I.:	Nº Col.:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

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

_____

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** *(táchese lo que no proceda)* para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En é é é é é é é é é é é .. a,é é é é é ..de é é é é é é é é é é é é é é é é é .de é é é

Paciente	**Representante legal**	**Médico**
D.N.I:	D.N.I.:	Nº Col.:
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:

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

_____