



## **HOSPITAL COSTA DEL SOL**

### **SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. ÁREA DE RADIOLOGÍA VASCULAR-INTERVENCIONISTA. CONSENTIMIENTO INFORMADO ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA.**

Nombre:

Nº Historia Clínica:

Médico peticionario:

Radiólogo:

Orientación Clínica:

Tras revisar su caso, y valorando posterior a su diagnóstico las posibilidades terapéuticas, el equipo de Cirugía le ofrece como opción la ablación por Radiofrecuencia de la/las lesiones hepáticas que posee, por lo que ha solicitado al Servicio de Radiodiagnóstico la realización de la misma.

La técnica consiste en la introducción de agujas a través de la piel y guiada con imagen ecografica hasta el interior de la lesión y exponer a ésta a altas temperaturas con el fin de provocar su necrosis.

Necesario para realización por nuestra parte de la prueba será necesario un ingreso previo del enfermo con antibioterapia profiláctica, así como control de la coagulación y consideración de enfermedades previas y factores de riesgo añadidos.

Al paciente durante la intervención y bajo la atención de un anestesiólogo, se le realizará monitorización, control de constantes, pulsioximetría, control ECG y control de TA. Será necesaria sedación y de manera opcional, según valoración por anestesista, se considerará anestesia general.

Las complicaciones suelen ser escasas y cuando se producen son en su mayoría menores (dolor, febrícula, reacción vagal..). No obstante es necesario, a fin de solicitar el consentimiento del enfermo, éste deba conocer otras posibilidades más remotas y graves, aunque posibles:

- hemoperitoneo
- hemobilia
- derrame pleural
- hemotórax
- colangitis

Es necesario 24h de reposo (estancia hospitalaria). 24-48 tras el procedimiento realizaremos un TC abdominal con contraste a fin de valorar los resultados, donde se dará por finalizado el tratamiento para posterior control en un mes o se valorará completar la técnica con nuevas sesiones, según el grado de necrosis y lesión residual.

### Declaraciones y firmas:

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI....., he sido informado suficientemente del  
procedimiento que se me va a realizar, explicandome sus riesgos y complicaciones. Por  
ello doy mi consentimiento ( SI\_\_\_;NO\_\_\_)para que se me realice dicha intervencion.Mi  
aceptacion es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con DNI..... y  
en calidad de ....., he sido informado suficientemente del procedimiento  
que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento.(SI\_\_\_,NO\_\_\_)

Firma del tutor o familiar:

Fecha:...../...../.....

Dr.D/D<sup>a</sup>.....he informado al paciente y al tutor o familiar del  
objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicandole los riesgos y las  
complicaciones posibles.

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....

### Revocacion del consentimiento:

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI..... revoco el consentimiento prestado en fecha..... y  
no deseo proseguir el procedimeinto, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI.....y en calidad de ....., revoco  
el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el  
procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del familiar o tutor:

Fecha...../...../.....

Dr.D/D<sup>a</sup>..... he recibido la revocacion del  
consentimiento prestado en fecha....., por lo que no se prosigue con el  
procedimiento

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....