

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO
ABLATIVO PERCUTÁNEO DE OSTEOMA OSTEOIDE Y OTROS TUMORES BENIGNOS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Tratamiento Ablativo Percutáneo de Osteoma Osteoide y Otros Tumores Benignos, es un procedimiento que se realiza cuando usted padece de Osteoma Osteoide, que es un tumor óseo benigno que provoca dolor crónico, que muchas veces no logra ser controlado con analgésicos, siendo necesario su extirpación para curar los síntomas. La extirpación tradicionalmente se realiza a través de una resección quirúrgica abierta realizada por Traumatología.

Durante los últimos años, la evidencia científica y la práctica médica han impulsado a un nuevo procedimiento, denominado ablación por radiofrecuencia percutánea bajo TAC, como el tratamiento ideal y de primera línea en muchos casos de osteoma Osteoide, en especial, aquellos ubicados en sitios difíciles de acceder mediante cirugía abierta. Su traumatólogo, y el radiólogo intervencionista que le realizará la intervención, luego de haber revisado su clínica e imágenes, han determinado que la opción de ablación por radiofrecuencia es la mejor alternativa de tratamiento.

Este procedimiento consiste en la introducción a través de la piel de una aguja, bajo guía de tomografía computada, siendo situada en el centro del tumor, el que es destruido mediante la generación de calor a través de radiofrecuencia. El procedimiento se lleva a cabo en una sala de TAC.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

Posterior al procedimiento quedará hospitalizado en observación por 24 horas.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Hemorragia
- Dolor residual

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

La respuesta clínica esperada es la desaparición del dolor en un plazo de 24-72 horas, aunque a veces la respuesta es más tardía (1 - 2 semanas). El rendimiento del procedimiento, medido en cuanto a éxito clínico a largo plazo, esto es, ausencia de dolor al año, es de un 85-90 %. En caso que su dolor persista o reaparezca, lo recomendable es repetir estudio de imágenes y reanalizar su caso en particular buscando el mejor manejo, que puede ser realizar una nueva ablación o derivar a cirugía respectiva. Es optativo tomar biopsia de la lesión antes de realizar la ablación, y en la mayoría de los casos no se realiza pues es un obstáculo técnico y el diagnóstico es clínico e imagenológico característico.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Tratamiento Ablativo Percutáneo De Osteoma Osteoide y Otros Tumores Benignos**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO ABLATIVO PERCUTÁNEO DE OSTEOMA OSTEÓIDE Y OTROS TUMORES BENIGNOS, por el Dr. (a) _____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)