

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ASPIRACIÓN GUIADA BAJO ECOGRAFÍA DE CALCIFICACIONES DE LAS PARTES BLANDAS**

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

La Aspiración Guiada Bajo Ecografía de Calcificaciones de las Partes Blandas, es un procedimiento invasivo, en el cual por medio del uso de técnica aséptica se procede a la introducción a través de la piel de una aguja hasta el espacio intra articular donde se ubican las calcificaciones, el proceso es guiado bajo ecotomografía. Una vez que se haya alcanzado la calcificación o calcificaciones, se procede al lavado y aspirado de ellas con una solución estéril e isotónica (suero fisiológico estéril). Posterior a la aspiración y dilución de la mayor cantidad posible de calcificaciones, se procede a la administración intra articular de una sustancia antiinflamatoria (Glucocorticoides), esta administración se realiza en forma controlada y guiada por métodos de imagen.

Este procedimiento requiere el uso de anestesia local en el sitio de punción. El procedimiento puede provocar molestias, en relación a la punción, pero son pasajeras.

Antes del procedimiento podría ser necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, generalmente exámenes de imágenes y/o de laboratorio.

Es importante que usted no tenga alteración de su función renal, por esto como norma de nuestro servicio los pacientes mayores de 70 años deberán contar con un resultado de **creatinina** normal de no más de un mes de antigüedad, si no fuese así se analizará caso a caso si es posible realizar el procedimiento.

Es necesario informar al médico de alergias, uso de medicamentos anticoagulantes o algún tipo de dispositivo electrónico en su cuerpo.

Es un procedimiento que no requiere ayunas.

Las mujeres siempre deben informar la posibilidad de embarazo

Después de la intervención podría presentar leve dolor en relación con el sitio de punción y aumento de volumen, lo que es esperable y pasara dentro de los días subsiguientes.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía surja algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias,

congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por condiciones propias del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, alteraciones de coagulación etc.), lleva implícitas una serie de **complicaciones**, de escasa frecuencia, pero potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden incluso causar de muerte. Entre ellas cabe mencionar:

- Dolor de la zona puncionada, el cual normalmente cede espontáneamente, o con el uso de analgésicos.
- Infección en relación con el sitio de punción, intra articular o de planos profundos, esto se manifiesta con aumento de volumen, enrojecimiento de la piel, más dolor local a la palpación.
- Hemorragias auto limitadas o hematomas en el sitio de punción, estos habitualmente desaparecen frecuentemente al poco tiempo y no requieren un tratamiento específico.
- Reacción alérgica al medicamento anti inflamatorio, lo que es muy poco frecuente.

Es inusual la necesidad de hospitalización del paciente para el manejo de alguna complicación post procedimiento, sin embargo, si esto fuese necesario será asesorado por el médico que realiza el procedimiento los pasos a seguir.

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

Cuidados post procedimiento:

Se recomienda no realizar actividad física las siguientes 72 horas y observar la zona puncionada en las siguientes 48 horas.

En caso de dolor del sitio de punción, se debe aplicar hielo local protegido (lo puede envolver en un paño limpio) realice esta aplicación unas 3 veces al día por 10 minutos y tome el anti inflamatorio no esterooidal que le indicara el médico que realiza el procedimiento.

En pocos casos se puede producir reacciones alérgicas al anestésico local o al medicamento anti inflamatorio, generalmente son de grado leve y de remisión espontánea.

En caso de dolor persistente, aparición de fiebre o sangrado abundante deberá acudir a un servicio de urgencia. Estas complicaciones habitualmente se resuelven sin mayores incidencias.

En su caso particular la articulación a intervenir es: _____

El lado a intervenir es (marque con una X):

Lado derecho

Lado izquierdo

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 la **Cirugía de Aspiración Guiada Bajo Ecografía de Calcificaciones de las Partes Blandas,** 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 LA CIRUGÍA DE ASPIRACIÓN GUIADA BAJO ECOGRAFÍA DE CALCIFICACIONES DE LAS PARTES BLANDAS, 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 el procedimiento)