

Documento de consentimiento informado para drenaje de abscesos

¿QUÉ LE VAMOS A HACER Y PARA QUÉ? ¿QUÉ BENEFICIO SE PRETENDE OBTENER CON ELLO?

El drenaje de abscesos es una intervención que sirve para vaciar líquido de una cavidad (absceso). Una vez anestesiada la piel, se le pinchará con una aguja fina cavidad, y se intentará colocar un tubo (catéter) que lo tendrá unos días hasta que se vacíe completamente el absceso. La intervención dura aproximadamente 20 minutos. Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

- La infección que se suele resolver con tratamiento médico.
- Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo
- Se puede pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento.
- Se puede pinchar un vaso sanguíneo (arteria o vena), que si sangra mucho, y de manera excepcional, podrá requerir tratamiento quirúrgico.
- Punción accidental de la capa que rodea al pulmón (pleura). Esta complicación se denomina neumotórax y es muy rara.

Por las características de esta exploración, puede tener una posibilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes. De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este Hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

Riesgos personalizados.....

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En la actualidad, existen otras alternativas como la intervención quirúrgica.

OBSERVACIONES

Le informamos que tiene derecho a conocer el resultado del procedimiento. Antes de firmar este documento no dude en solicitar toda la información adicional que precise.

D/D^a, en calidad de paciente, en pleno uso de sus facultades, libre y voluntariamente, o D/D^a, en calidad de representante con nº de DNI..... e intervenido como (padre, madre, tutor,.....), por incompetencia del paciente.

DECLARA:

Que ha recibido explicaciones satisfactorias sobre el procedimiento, así como sobre los eventuales riesgos que pueden derivarse de su realización.

AUTORIZA:

A que le sea realizado el drenaje de abscesos.

Y para que así conste, firma el presente consentimiento en

En ò ò ò ò ò ò ò ..ò ò ò ò .., ade.....de 20.....

Firma del paciente o representante
Fdo.:

Firma del médico que informa
Nº de colegiado:
Fdo.:

NO AUTORIZA/REVOCA(*táchese lo que no proceda*)

A que le sea realizado el drenaje de abscesos.

Y para que así conste, firma el presente consentimiento en

En ò ò ò ò ò ò ò ..ò ò ò ò .., ade.....de 20.....

Firma del paciente o representante
Fdo.:

Firma del médico que informa
Nº de colegiado:
Fdo.:

REVOCO el consentimiento prestado en fechay no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Firma del paciente o representante
Fdo.:

Firma del médico que informa
Nº de colegiado:
Fdo.: