

Consentimiento informado Drenaje de Colección / Absceso

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a le ha explicado que se le va a realizar el drenaje de un acúmulo de líquido o de pus que ha aparecido en una zona de su organismo y que es necesario vaciar. La prueba consiste en localizar la zona donde se ha acumulado el líquido, lo que normalmente hacemos con TAC o, en algunas ocasiones, con ecografía. Una vez localizada, hay que pincharla primero con una aguja fina y luego con un catéter, que es un tubo por el que el líquido acumulado va a salir.

Para realizar esto y que duela lo menos posible, dejamos insensible la zona con anestesia local. En casos muy concretos pudiera ser necesaria realizar una sedación con fármacos intravenosos. El catéter se le deja adherido a la piel durante un tiempo (normalmente varios días), hasta que todo el líquido acumulado haya salido.

La prueba la realiza un médico especialista, que necesita de su colaboración. Él o ella le indicarán qué es lo que tiene que hacer y cuando puede marcharse. Está atento y siga sus instrucciones para que la prueba salga bien. Es necesario que permanezca quieto y, a veces, en una posición que puede resultar algo incómoda durante varios minutos. La duración del estudio es variable, normalmente de una hora, aunque puede ser mayor dependiendo de la zona a drenar y de sus características personales.

Para esta prueba debe acudir en ayunas. Es necesario acudir con ropa fácil de quitar y poner y cumplir las normas de higiene mínimas. En función del procedimiento y de la localización de la colección y para detectar posibles complicaciones, estará ingresado y vigilado.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La única alternativa eficaz a este procedimiento sería la realización de una intervención quirúrgica.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Esta prueba puede controlarse con ecografía o con TAC (escáner), este último emite rayos X. Con los aparatos y las técnicas actuales, la cantidad de radiación que se recibe es pequeña. Como en todo pinchazo, se produce algo de dolor. 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. Punción accidental de la capa que rodea al pulmón (pleura). Esta complicación se denomina neumotórax y es muy rara. De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas. Si la punción se realiza con ecografía no existe ningún problema para realizarla en caso de que esté embarazada. En cambio, si se realiza con TAC, si usted está embarazada o cree que puede estarlo, díganoslo antes de empezar.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa
Dr/a:
Colegiado nº Fecha:/...../.....

Firma del paciente
D/Dª:
Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de
a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante
Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2
28006 Madrid
Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

 /CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php