

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE GANGLIÓN

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El ganglión es un quiste benigno lleno de contenido líquido o gelatinoso que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, habitualmente lo hace en las articulaciones de la mano o muñeca. Puede provocar dolor o dificultad para moverse o caminar.

Mediante anestesia local se pincha la lesión bajo control de ecografía y se vacía el material líquido del ganglión. Para finalizar, se introduce medicación antiinflamatoria.

Puede ser necesario realizar controles o repetir el procedimiento.

La finalidad es eliminar el ganglión sin necesidad de cirugía.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor en la zona de punción.
- Hematoma.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Reparación del ganglión.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento farmacológico.
- Cirugía.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
 FECHA DE NACIMIENTO.....  
 CIP AUTONÓMICO.....  
 Nº Htª CLÍNICA.....  
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

**AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE GANGLIÓN”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: