

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PUNCIÓN LUMBAR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre <b>"MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO"</b> para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El Líquido Cefalorraquídeo (L.C.R.) envuelve el Sistema Nervioso Central tanto a nivel del cráneo como de la columna vertebral. La información aportada por el examen del L.C.R. tiene a menudo una importancia crucial para el diagnóstico o tratamiento de múltiples enfermedades neurológicas.

Punción lumbar. se realiza en paciente acostado o sentado, generalmente sin necesidad de anestesia, con punción en la zona lumbar para extracción de líquido cefalorraquídeo.

La Punción se realiza con una aguja muy fina que se introduce en el espacio intervertebral (a nivel inferior a la 2ª vértebra lumbar) atravesando piel y músculo hasta llegar al espacio subaracnoideo. Una vez obtenida la muestra del L.C.R. se retira la aguja. Es aconsejable el reposo posterior durante unas horas.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Sacar líquido cefalorraquídeo para analizarlo (en casos de sospecha de enfermedades infecciosas o inflamatorias) o para descompresión (en casos de hipertensión intracraneal o hidrocefalias).

Las indicaciones de la Punción Lumbar son:

1. Obtener medidas de la presión del L.C.R. y una muestra para examen celular, químico y microbiológico.
2. Contribuir a la terapéutica para la administración de medicamentos.
3. Extracción del L.C.R. en los casos de Hipertensión Intracraneal Benigna.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No hay

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de los síntomas del paciente, conocimiento de probables infecciones o inflamaciones del SNC.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Dependiendo de la naturaleza de la afección del paciente.

### RIESGOS FRECUENTES

En ocasiones cefaleas.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Raramente signos de irritación radicular o fistulas que requieren su tratamiento específico.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**
**CONTRAINDICACIONES**

En todos los casos se ha de descartar previamente la existencia de una presión elevada del L.C.R. no debida a Hipertensión Intracraneal Benigna, por el riesgo que entraña la Punción Lumbar en estas condiciones.

<b>PACIENTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª</b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>