

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SINOVORTESIS ISOTÓPICA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción, mediante infiltración, dentro de la cavidad articular, de un isótopo radiactivo, con lo que se pretende "quemar" la membrana sinovial (el tejido inflamado dentro de la articulación). La realización de esta técnica es similar a una infiltración articular. Requiere muy poca hospitalización. Ocasionalmente se puede realizar una infiltración con esteroides posterior a la técnica. Se puede repetir, pasado un tiempo, si la primera no ha sido eficaz. Se debe guardar reposo en las 48 horas siguientes. La duración de este técnica es aproximadamente de 15 a 30 minutos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Es un procedimiento que persigue convertir la membrana sinovial en tejido con nulas o muy pocas posibilidades de reacción inflamatoria para aliviar el dolor articular y mejorar el movimiento.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La cirugía (extirpación de la membrana sinovial). En su caso y en este momento, la mejor alternativa para el tratamiento de su problema articular es la inyección intraarticular con isótopo radioactivo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Este procedimiento puede ser más completo que la cirugía, al llegar a regiones intraarticulares a las que difícilmente se puede acceder con la primera. Se puede recurrir a la cirugía posteriormente si los resultados no fueran los esperados. En un porcentaje superior al 50% existe mejoría del dolor y del movimiento.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La Sinoviortesis Isotópica trata de disminuir el tejido con capacidad inflamatoria articular, por lo que puede mantenerse la sintomatología de forma prolongada si no se realiza.

RIESGOS FRECUENTES

Los riesgos son similares a los de una infiltración local simple.

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

1. “Quemaduras” de tejidos próximos, en caso de fuga del producto radioactivo fuera de la cavidad articular, que ocasionalmente pueden ser dolorosas y de lenta resolución.
2. Paso del producto a la circulación sanguínea y/o linfática, con riesgo de lesiones por radiación de otros órganos más/ menos próximos, según la localización, como testículos u ovarios. Por este motivo, se le advierte en caso de estar en edad fértil, que ha de utilizar un método anticonceptivo eficaz para evitar el embarazo en los 2-3 meses siguientes a la sinoviortesis.

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

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece, puede presentar otras complicaciones, como:

CONTRAINDICACIONES

1. Este procedimiento está contraindicado en pacientes embarazadas.
2. Las mujeres lactantes deben interrumpir la lactancia durante el tiempo que recomiende su médico.
3. Alergia a los anestésicos utilizados.

PACIENTE			
D/D ^a			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA