

(El texto a continuación es sólo una copia informativa del documento original que debe ser firmado tanto por el paciente como por el médico)

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **DECLARO:**

Que el Dr. me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una Nucleolisis Percutánea con Ozono, por padecer Hernia(s) discal(es).

El propósito principal de la intervención , consiste en corregir el desplazamiento que ejerce el disco situado entre dos vértebras que forman parte de la columna vertebral y la descompresión, de las estructuras nerviosas próximas a él, que causan el cuadro clínico a tratar.

La intervención precisa del Servicio de Anestesia y los estudios preoperatorios que dicho Servicio estime necesarios.

Consiste en Inyección Percutánea del disco o discos a tratar con Ozono:

Toda intervención quirúrgica, tanto por la Técnica Operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, hipertensión, cardiopatía, senilidad, anemia, obesidad, etc.) puede llevar implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de ésta Técnica Operatoria, pueden ser:

- Afectación de las estructuras internas (hueso, envolturas medulares, etc.)
- Lesión de algún nervio en las maniobras quirúrgicas
- Persistencia de dolor residual
- Hematoma
- Infección
- Fístula de LCR
- Reproducción de la Hernia Discal
- Complicaciones trombo embolicas y vasculares
- Cualquiera de estas complicaciones, puede requerir el uso de diferentes técnicas quirúrgicas abiertas y de distintos tratamientos medicamentosos.

Por mi situación vital actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar los riesgos o complicaciones, como:

Si durante el acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica programada.

- He comprendido las explicaciones que me han facilitado los doctores, en un lenguaje claro y sencillo y me han permitido realizar todas las observaciones y aclarar todas las dudas que he planteado.

- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

- Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones,

**CONSIENTO:**

Que se me realice Nucleolisis Percutánea con OZONO.