

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE

Nº Historia:.....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....  
En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE.

1.- Mediante este procedimiento se pretende la desaparición de un quiste que puede producir alteraciones del riñón y la mejoría de las posibles molestias que me pueda ocasionar.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica se realiza una punción de la cavidad (quiste o linfocele) con anestesia local y se introduce un pequeño catéter a través del cual se vacía su contenido y se introducen sustancias esclerosantes. Estas sustancias actúan sobre el interior de la pared del quiste impidiendo, o tratando de impedir, nuevamente la formación de líquido.

Las sustancias más utilizadas son Betadine, tetraciclinas y derivados del alcohol

Habitualmente se deja el catéter unos días (por lo que podré estar en régimen ambulatorio) para repetir la inyección de la sustancia y comprobar los resultados, retirándola finalmente. Hasta entonces deberé evitar tracciones que darían lugar a su arrancamiento, con las molestias y complicaciones correspondientes.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como hemorragia, infección en sus diversos grados, aunque suele ser leve y de fácil tratamiento, punción de vísceras o áreas intestinales que pueden precisar cirugía correctora y persistencia total o parcial del quiste o linfocele.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....  
.....  
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....

- 6.- El médico me ha explicado que las alternativas posibles son la quistectomía abierta, la quistectomía endoscópica percutánea y la marsupialización abierta o laparoscopia del linfocele, pero que en mi caso lo más aconsejable es la ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le 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 la ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL Y/O LINFOCELE.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)                      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado