

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

Servicio de Neurocirugía

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PROCEDIMIENTO

- Nombre del paciente: _____
- DNI/NIE: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Procedimiento a realizar: Cirugía de hernia discal lumbar (discectomía, microdiscectomía u otra técnica quirúrgica indicada)
- Fecha prevista de la intervención: _____

2. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y LA CIRUGÍA

La hernia discal lumbar es una afección en la que una parte del disco intervertebral protruye y comprime estructuras nerviosas, lo que puede causar dolor, alteraciones sensoriales y/o motoras.

El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando el dolor y los síntomas neurológicos persisten a pesar de tratamiento conservador o si hay signos de afectación neurológica progresiva. La intervención consiste en retirar la parte del disco intervertebral que está comprimiendo las estructuras nerviosas.

3. BENEFICIOS ESPERADOS

- Alivio del dolor ciático y/o lumbar.
- Recuperación de la función neurológica si existía afectación.
- Mejora en la calidad de vida y capacidad funcional.

4. RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Como toda intervención quirúrgica, esta conlleva ciertos riesgos, que incluyen, entre otros:

- Infección de la herida quirúrgica o del espacio discal (discitis).
- Sangrado o hematoma con posible compromiso neurológico.
- Lesión de estructuras nerviosas, lo que podría generar déficits neurológicos.
- Persistencia o recurrencia del dolor.
- Hernia discal recurrente en el mismo nivel.
- Inestabilidad vertebral que requiera una nueva cirugía.
- Fugas de líquido cefalorraquídeo con posibilidad de cefalea postural.

- Tromboembolismo venoso.
- Reacciones adversas a la anestesia o a los medicamentos utilizados.

...

8. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Declaro que he sido informado/a de manera clara y comprensible sobre la cirugía propuesta, sus beneficios, riesgos y alternativas.

DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de la cirugía de hernia discal lumbar.

Firma del paciente: _____

DNI/NIE: _____

Fecha: _____

9. CONSENTIMIENTO DEL FACULTATIVO

Yo, Dr./Dra. _____, con n.º de colegiado _____, certifico que he informado adecuadamente al paciente.

Firma del médico responsable: _____

Fecha: _____

Este documento cumple con la legislación española vigente en materia de consentimiento informado y garantía de los derechos del paciente.