

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La operación está indicada para la extirpación de la hernia discal que me afecta y así eliminar la causa del dolor radicular y eliminar o mejorar las afecciones neurológicas compresivas derivadas de la hernia.

Características

El cirujano hace un corte en la espalda por encima de la columna vertebral y se desplazan los músculos y tejidos para exponer esta última. Se corta y se separa una pequeña parte del hueso laminar (parte de las vértebras que rodea la columna vertebral y los nervios). El cirujano hace un pequeño agujero en el disco que está causando los síntomas y extrae material de su interior. También se pueden extirpar otros fragmentos del disco. Esta intervención se realizará con anestesia general.

Riesgos

Que en dicha intervención es posible, aunque infrecuente que se produzcan entre otras las siguientes complicaciones o efectos secundarios.

- Infección de la herida quirúrgica
- Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda
- Lesión o afectación de una raíz nerviosa o de la médula espinal con el consiguiente trastorno sensitivo o motor
- Inestabilidad ósea al realizar la laminectomía en la intervención
- Flebitis o Tromboflebitis con la consiguiente complicación embólica y riesgo vital
- Limitación de la movilidad de la columna lumbar
- Alteraciones alérgicas si se utilizan procedimientos químicos como es la quimionucleolisis
- Fracaso al no poder extirpar la hernia por estar emigrada y no poder realizar procedimientos no invasivos y precisar el intervenir quirúrgicamente
- Falta de recuperación de un déficit neurológico establecido a pesar de una intervención técnicamente bien realizada

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA HERNIA DISCAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal