

Médico (Primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (Si Corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

El médico me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una obtención de muestra de líquido cefalorraquídeo por punción de duramadre lumbar.

### EN QUÉ CONSISTE

Consiste en sacar una muestra del líquido que protege a la médula espinal, para hacer pruebas de laboratorio, ese líquido se llama líquido cefalorraquídeo (LCR) y también protege al cerebro. Es una forma de hacer algunos diagnósticos, principalmente en enfermedades neurológicas e infecciosas.

Es una técnica relativamente sencilla, se puede usar anestesia local, sin sedantes.

### EVOLUCIÓN HABITUAL

El paciente se puede poner de lado o sentado, y debe permanecer inmóvil mientras se hace el procedimiento. Siempre se usan antisépticos en la piel para evitar el riesgo de introducir una infección en el LCR.

En general, se necesita sólo una punción en la parte posterior de la cintura (a la altura de las caderas). A veces se requieren varios intentos para obtener una muestra de buena calidad, sobre todo en pacientes obesos, que se mueven o que tienen alguna deformación o cirugía previa en la columna vertebral.

A veces, es imposible obtener la muestra deseada.

### RIESGOS GENERALES

Complicaciones precoces:

- Sangramiento en el sitio de punción, habitualmente mejora de inmediato comprimiendo el punto que sangra.
- Dolor en el sitio de punción, habitualmente mejora en poco tiempo con analgésicos normales.
- Síncope vagal. Es un mareo o desmayo que sienten algunas personas al tomarse exámenes, ver sangre, sentir dolor, etc. Se acompaña de sensación de frío o calor, sudoración y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).

Complicaciones tardías:

- Hematoma o equimosis en el sitio de punción (moretón), eso puede infectarse.
- Dolor persistente en el sitio de punción, habitualmente mejora con el tiempo.

Complicaciones muy raras:

- Lesión de vasos sanguíneos, son muy raras; pero, pueden ser gravísimas. Han ocurrido hematomas alrededor de la médula espinal, lo que puede hacer necesaria una operación de urgencia.
- Lesión neurológica definitiva, es muy poco frecuente.
- Infección del LCR, es muy poco frecuente.

*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 este procedimiento.*

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

**DECLARO**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación al procedimiento.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice **PUNCIÓN LUMBAR**

En, \_\_\_\_\_ (Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

**REVOCACIÓN**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

con domicilio en \_\_\_\_\_ y RUT nº \_\_\_\_\_

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

con domicilio en \_\_\_\_\_ y RUT nº \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_ (Representante legal, familiar o allegado)

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

En, \_\_\_\_\_ (Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma: Médico

\_\_\_\_\_  
Firma: Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

**RECHAZO**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

con domicilio en \_\_\_\_\_ y RUT nº \_\_\_\_\_

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

con domicilio en \_\_\_\_\_ y RUT nº \_\_\_\_\_

en calidad de \_\_\_\_\_ (Representante legal, familiar o allegado)

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

En, \_\_\_\_\_ (Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma: Médico

\_\_\_\_\_  
Firma: Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal