

INFORMACIÓN PARA O PACIENTE SOBRE O TEST DE KATZMAN

O test de Katzman é unha proba diagnóstica que se utiliza en pacientes que padecen un trastorno cognitivo e nos que os síntomas e signos que sofren e os estudos de neuroimaxe (TC cerebral e/ou resonancia magnética cerebral) permiten sospeitar a existencia dunha hidrocefalia a presión normal (ou hidrocefalia normotensiva). A importancia desta enfermidade é que produce, entre outros síntomas, un deterioro cognitivo progresivo que é potencialmente reversible se se lle coloca ao paciente unha válvula de derivación ventrículo-peritoneal; este é un procedemento neurocirúrxico con potenciais complicacións pero que, cando se indica e se realiza de forma adecuada, permite reverter polo menos en parte as alteracións clínicas que sofre o enfermo.

Para a realización deste test é necesaria a realización dunha punción lumbar e a infusión posterior de soro salino a través de dita agulla medindo a presión do líquido cefalorraquídeo cada minuto durante 30 minutos. A duración total do test é de 30 minutos e durante o mesmo o paciente deberá permanecer en posición de decúbito lateral, cunha agulla de punción lumbar conectada a un sistema de bombeo de soro salino.

En caso de resultar negativo segundo os protocolos e fórmulas establecidas considérase que o paciente non sofre unha hidrocefalia normotensiva e polo tanto non podería obter beneficio da colocación dunha válvula de derivación. Se o test resultase positivo, exporíase a realización do devandito procedemento neurocirúrxico dados os potenciais beneficios que o mesmo podería reportar ao paciente.

Aínda que non son habituais, as complicacións que poden aparecer son:

- Dor de cabeza ou meninxismo pospunción, que está relacionado co volume de líquido cefalorraquídeo extraído.
- Complicacións locais como hematoma, infección, dor lumbar ou radiculalxia.
- Infección epidural ou subdural.
- Hemorragia por punción de plexos venosos.
- Herniación transtentorial en caso de existir hipertensión intracraneal.
- A posibilidade de descompensación da enfermidade neurolóxica.

RISCOS PERSONALIZADOS:

.....
Sociedade
.....
Galega de
Neuroloxia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA A REALIZACION DO TEST DE KATZMAN

NOME DO PACIENTE:

Nº Historia

ENDEREZO DO PACIENTE (ou representante legal):

.....

.....

Fun informado de forma satisfactoria polo Dr/Dra.
adscrito á Unidade/Servizo de Neuroloxía do procedemento para a realización do Test de Katzman, e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos, algún deles grave que comporta a súa realización e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro. Tiven oportunidade de aclarar todas as miñas dúbidas, puiden realizar cantas preguntas estimei procedentes e recibín resposta a todas elas polo que **CONSINTO** aos facultativos a que me practiquen o procedemento mencionado e descrito no anverso e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Nome do paciente: DNI/Pasaporte:	Nome da testemuña: DNI / Pasaporte:	Nome do médico: DNI/Pasaporte:
		Num. de colexiado:
Sinatura paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura da testemuña: Data:	Sinatura do médico Data:

REVOGACIÓN DE CONSENTIMENTO

D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
como representante e/ou titor do paciente		
REVOGO o consentimento prestado o día de de 2....., e non desexo proseguir coa realización do procedemento referido neste documento, que dou por finalizado nesta data.		
Sinatura paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura da testemuña: Data:	Sinatura do médico Data: