

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO DE CADERA ESPECIALIDAD DE UNIDAD DEL DOLOR**

\***¿DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

**DESEO QUE LA INFORMACIÓN** de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "**MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO**" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Esta técnica consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local, corticoide o ácido hialurónico) en la articulación de la cadera usando una aguja larga y fina.

Requiere rayos X para localizar la articulación.

Se emplea para tratar dolores de carácter mecánico generalmente provocados por la artrosis.

Es una técnica algo molesta, y se realiza en unos 10 - 15 minutos empleando un anestésico local.

El bloqueo puede ser diagnóstico (con anestésico local) y con un efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico (con esteroide) y de mayor duración (para tratamiento del dolor).

Se realiza tumbado boca arriba y la duración es aproximadamente de unos 5 minutos.

No se recomienda, en general, el uso repetido de corticoides intraarticulares por lo que deben espaciarse las infiltraciones.

*El procedimiento se podrá repetir hasta 3 veces según mejoría.*

### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Mejoría del dolor.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

Tratamiento oral.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Mejoría del dolor.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Menor mejoría.

### **RIESGOS FRECUENTES**

1. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.

2. *Síncope vasovagal* . Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

### **RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes:

- La infección de la articulación puede requerir el uso de antibióticos intraarticulares y aumentan el dolor

### **C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BLOQUEO DE CADERA**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 1 de 2

inicial.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

No se podrá realizar si hay trastornos de la coagulación o infecciones en zona de punción.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento</p>			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<p><b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.</p>			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>