

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO DEL GANGLIO CELÍACO 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:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
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			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El bloqueo del ganglio celíaco consiste en interrumpir la inervación simpática de las vísceras situadas en la parte superior del abdomen, mediante la inyección de un anestésico local.

Para ello es necesario realizar dos pequeños pinchazos en su espalda a ambos lados de la columna, se anestesia la piel con anestesia local y se introducen dos agujas finas hasta localizar la zona adecuada.

Una vez colocadas correctamente las agujas se procede a inyectar el anestésico local.

Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de las agujas, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico.

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

Los efectos que puede notar son:

1. Se puede producir hipotensión con sensación de mareo ligero con los cambios de postura, al levantarse desde la posición de tumbado.

2. También puede aparecer diarrea en algunos casos.

Estos efectos desaparecen una vez pasada la acción del anestésico, normalmente unas tres o cuatro horas aunque en algunos pacientes puede ser más prolongado.

Las complicaciones del Bloqueo del Ganglio Celíaco son raras:

1. Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del abdomen que no suelen tener trascendencia.

2. Hematuria que se produce por punción accidental del riñón o de las vías urinarias, no tiene trascendencia, normalmente desaparece sola y no requiere tratamiento.

C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BLOQUEO DE GANGLIO CELÍACO

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

1. El anestésico inyectado puede pasar a una de las venas o arterias del abdomen, pudiendo provocar pérdida de conciencia, convulsiones y coma. Esta complicación requeriría medidas de reanimación, como intubación y ventilación mecánica durante unas horas.

2. Hemorragia de alguno de los vasos próximos a la zona son excepcionales pero pueden requerir revisión quirúrgica.

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.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA