

<b>SERVICIO:</b>		Nº Historia Clínica:	
<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 PUNTOS DE GATILLO ESPECIALIDAD DE UNIDAD DEL DOLOR**

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

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> 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 " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " 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 se emplea en el tratamiento del dolor miofascial (músculos).

Consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local o un corticoide) o incluso a veces se emplea la "punción seca" (sin medicamentos) o con suero fisiológico en unos lugares cuya palpación desencadena el cuadro de dolor muscular.

Es una técnica poco dolorosa y muy sencilla.

Se realiza en unos 5-10 minutos dependiendo del número de puntos dolorosos encontrados.

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

Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).

### **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**

1. Hematomas en la zona de punción.
2. Neumotórax (entrada de aire en la cavidad de los pulmones). Se puede producir al realizar bloqueos de

### **C. INFORMADO DE BLOQUEO DE PUNTOS DE GATILLO**

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

Página 1 de 2

puntos dolorosos sobre el tórax y puede requerir la colocación de un tubo para extraer el aire e ingreso hospitalario.

**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>			
D/D <sup>a</sup>			
<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>			
D/D <sup>a</sup>			
<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>

**C. INFORMADO DE BLOQUEO DE PUNTOS DE GATILLO**

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

Página 2 de 2