

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO MUSCULAR EN TRAPECIO 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

Esta técnica consiste en el empleo de un medicamento especial conocido como toxina botulínica en el tratamiento del dolor que se origina en el músculo trapecio.

Consiste en la infiltración de pequeñas cantidades de toxina en unos lugares cuya palpación desencadena el cuadro de dolor muscular del paciente.

Es una técnica poco dolorosa y muy sencilla.

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

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

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. En un 25 % de los pacientes inyectados se puede producir un aumento del dolor en la zona que puede llegar a ser muy aparatoso, suele ser transitorio y desaparecer espontáneamente.

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).

3. La toxina puede producir *un cuadro pseudogripal* con sensación de destemplanza incluso febrícula que suele desaparecer en 24 horas.

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 puntos gatillo 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.

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