

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO NEUROLÍTICO DEL SIMPÁTICO LUMBAR 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 neurolítico del simpático lumbar consiste en interrumpir la inervación simpática de la parte inferior del abdomen y de las piernas mediante la inyección de un líquido (alcohol o fenol) o la utilización de radiofrecuencia, lo que produce una destrucción del sistema nervioso simpático, en la columna lumbar.

Se anestesia la piel con anestésico local introduciendo entre una y tres agujas finas hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocada correctamente la aguja se procede a inyectar el líquido neurolítico o realizar la lesión por radiofrecuencia.

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.

La técnica se realiza tumbado boca abajo, suele tardar media hora.

Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si fuera necesario administrar 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. Puede aumentar la temperatura de la piel en la pierna del lado donde se ha realizado el bloqueo.
2. Dolor en la zona de punción, normalmente es pasajero y carece de importancia.
3. Punción de algún vaso sanguíneo grueso del abdomen o de la pelvis.
4. Dolor lumbar crónico.
5. Neuralgia genito femoral con dolor en la zona inguinal del lado donde se ha realizado el bloqueo. Puede ser muy molesta y durar varias semanas.
6. Neuralgia de nervios somáticos del abdomen o de los miembros inferiores.

C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BLOQUEO NEUROLÍTICO DEL SIMPÁTICO LUMBAR

7. Problemas en la eyaculación, con eyaculación retrógrada.
8. Estenosis del uréter del lado afectado.

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

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