

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLOCACIÓN DE ELECTRODOS OCCIPITALES 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

La técnica consiste en la introducción en parte posterior de la cabeza, en la zona de la nuca, de uno o dos cables finos con cuatro electrodos distribuidos a lo largo de él.

Este electrodo se coloca cerca de su nervio occipital debajo de la piel.

Esta intervención se realiza en quirófano con anestesia local, pues es necesario que usted nos diga si nota la estimulación (un pequeño hormigueo) en la zona que intentamos tratar.

En el quirófano se colocará tumbado boca abajo.

La duración es de entre 45 minutos y una hora.

Durante una semana o quince días llevará un estimulador externo, hasta comprobar que la estimulación es eficaz para controlar o mejorar su dolor.

Posteriormente será necesario volver al quirófano para implantar el generador definitivo.

Este último procedimiento se puede hacer con anestesia local o general.

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. Durante el periodo de prueba:

- Infección en el punto de salida del electrodo en la piel. No suele ser importante, pero puede obligar a retirar el electrodo.

- Desplazamiento. El electrodo puede moverse sólo, con cambio en la zona de estimulación o pérdida de la misma, lo que obligaría a recolocarlo de nuevo en quirófano.

2. Tras la implantación definitiva se puede producir:

- Hemorragia o hematoma en la zona de colocación de la batería. Podría necesitar revisión quirúrgica.
- Seroma o higroma (acumulo de líquido) en la zona de implantación de la batería. Puede necesitar drenaje.
- Apertura de la herida quirúrgica. Puede precisar nueva sutura.
- Infección, tanto de la zona de la batería como de la zona de los electrodos. Puede obligar a extraer todo el sistema y tratar con antibióticos.
- Desplazamiento o rotura de los electrodos, lo que obligaría a extraerlos o reemplazarlos.

3. La batería de su sistema implantado tiene una vida limitada, que dependerá del número de horas de estimulación que precise y de la intensidad con que se realice la estimulación, por lo que tendrá que cambiarla cada cierto tiempo (normalmente años). Si en algún momento dejara de necesitar la estimulación se puede retirar el sistema sin problemas.

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