

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTER INTRADURAL PARA INFUSIÓN DE ZICONOTIDE 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 implantación de un catéter (tubo de plástico muy fino) que se coloca directamente dentro de su columna en contacto con el líquido cefalorraquídeo cerca de su médula espinal, mediante una pequeña punción en su espalda a nivel de la zona lumbar. Tras la punción el extremo del catéter se conecta a una bomba de infusión externa a través de la cual se inyecta la medicación.

La técnica es poco dolorosa.

Se realiza en condiciones de asepsia, con anestesia local o general dependiendo de cada caso y en quirófano, por la necesidad de utilizar un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter.

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. Cefalea (dolor de cabeza). Es la complicación más frecuente. Suele aparecer durante los primeros días tras la colocación del catéter y no suele necesitar más tratamiento que analgésicos y reposo. Sólo en casos excepcionales puede requerir un tratamiento más específico, con nueva punción lumbar para realizar un parche hemático, con sangre del propio paciente.

2. Dolor radicular durante la colocación del catéter por irritación de una raíz nerviosa, lo que podría obligar a la retirada del mismo.

3. Hematomas o hemorragia a nivel de la punción en la espalda.

4. Complicaciones derivadas de la medicación administrada.

- La administración de Ziconotida puede producir alteraciones cognitivas y neuropsiquiátricas con frecuencia, con deterioro cognitivo, alucinaciones, reacciones paranoides, hostilidad, delirio, psicosis y reacciones maníacas.

- Otros efectos adversos pueden ser mareos, náuseas, estados confusionales, anomalías de la

C. INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTER INTRADURAL PARA INFUSIÓN DE ZICONOTIDE

marcha, trastornos de memoria, visión borrosa, cansancio y vómitos. Todos estos efectos desaparecen al reducir la dosis o suspender el tratamiento.

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

1. Meningitis, por contaminación del líquido cefalorraquídeo o del catéter.
2. Fístula de líquido cefalorraquídeo, al no cerrarse el agujero de la duramadre por el que se ha insertado el catéter, que suele desaparecer espontáneamente, aunque en ocasiones muy raras puede precisar tratamientos más agresivos.

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