

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE RESERVORIO + CATÉTER EPIDURAL 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 (Paciente)</b>	<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 (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La implantación de un reservorio es una técnica de cirugía menor que se realiza con anestesia local y sedación intravenosa y que tiene dos partes:

1. Colocación del catéter.

- Se realiza mediante punción del espacio epidural y con control radiológico, para colocar el catéter en la zona seleccionada.

2. Colocación del reservorio.

- Se realiza con una pequeña incisión a nivel de las costillas, dónde se introduce debajo de la piel un pequeño reservorio de metal o silicona en el que realizará posteriormente la punción externa de una aguja, para administrar la medicación necesaria para tratar su dolor (generalmente a través de una bomba externa que se conecta al reservorio).

Es una técnica poco dolorosa.

Se puede realizar con anestesia general o local dependiendo de cada caso y tiene pocas complicaciones.

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. Hematomas y/o hemorragias en la zona del reservorio. Son poco frecuentes, suelen ceder con compresión sobre la zona, pero pueden requerir revisión quirúrgica.

2. Infección en la zona del reservorio. Suele ser poco importante, pero puede obligar a suspender el tratamiento durante un tiempo y requerir observación.

3. Desplazamiento del catéter, que puede moverse o salirse del espacio epidural con lo cual perdería la

### C. INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE RESERVORIO + CATÉTER EPIDURAL

eficacia el tratamiento. Será necesario recolocararlo o cambiarlo por otro nuevo.

4. Dolor radicular. Si el catéter se sitúa sobre una raíz nerviosa produciría irritación en el nervio y obligará a retirar el catéter y recolocararlo.

5. Cefalea (dolor de cabeza) que aparece al ponerse de pie y desaparece estando tumbado, suele ceder espontáneamente pero puede requerir de técnicas específicas para tratarlas.

6. Complicaciones derivadas de la medicación administrada a través del reservorio (anestésicos locales, opioides, clonidina,....).

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

1. Infección o hematoma en la zona del catéter epidural. Son raros, pero puede ser muy grave y requerir intervención quirúrgica para drenaje si se forma un absceso o hematoma.

**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>			
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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>