

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE RESERVORIO CON CATÉTER INTRADURAL 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 la médula espinal, mediante una pequeña punción en su espalda a nivel de la zona lumbar. Tras la punción, el catéter se introduce por debajo de la piel y su extremo se conecta a un reservorio (pequeña pieza metálica o de silicona, a través de la cual se inyecta la medicación) que se coloca debajo de la piel a nivel de la zona lateral del pecho o del abdomen.

La técnica es poco dolorosa.

Se realiza en condiciones de asepsia, con anestesia local, sedación intravenosa o anestesia general dependiendo de cada caso.

Se utiliza un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter.

La medicación elegida para tratar el dolor se administrará a través de una bomba externa que se conecta al reservorio.

Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave 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. 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 en cama. 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. Meningitis, por contaminación inadvertida del líquido cefalorraquídeo o del catéter, durante el tiempo imprescindible para la realización de la prueba. Requiere tratamiento antibiótico.

C. INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE RESERVORIO CON CATÉTER INTRADURAL

3. Fístula de líquido cefalorraquídeo, al no cerrarse el agujero de la duramadre por el que se ha insertado el catéter. Suele desaparecer espontáneamente, aunque en muy raras ocasiones puede precisar tratamientos más agresivos.
4. Dolor radicular durante la colocación del catéter por irritación de una raíz nerviosa, lo que podría obligar a la retirada del mismo.
5. Hematomas o hemorragia a nivel de la punción en la espalda o a nivel del reservorio que pueden necesitar revisión quirúrgica.
6. Infección a nivel del reservorio que puede obligar a suspender el tratamiento o incluso a retirarlo.
7. Complicaciones derivadas de la medicación administrada:
 - La administración de morfina puede producir picores, dificultad para orinar, vómitos, náuseas y estreñimiento, que normalmente no suelen requerir tratamiento pues son poco importantes. Excepcionalmente puede originar depresión respiratoria, por lo que durante el tiempo que dure la prueba se vigilarán sus constantes vitales.

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