

<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 PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

\*¿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 administración del parche hemático epidural es una técnica aceptada para el tratamiento de la cefalea post-punción dural que no responde al tratamiento médico convencional. Consiste en localizar el espacio epidural, de forma similar como se haría para conseguir una analgesia epidural mediante catéter. Una vez en dicho espacio, se extrae en condiciones de máxima asepsia una pequeña cantidad de sangre del paciente, que es inyectada en el espacio epidural para taponar el agujero existente en las membranas que rodean la médula espinal y frenar la pérdida de líquido cefalorraquídeo por éste, causa última de la cefalea.

La función cardíaca y respiratoria serán controlados mediante la monitorización pertinente según la situación clínica, y el médico anestesiólogo se encargará de controlar todo el proceso de principio a fin, así como de tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría o eliminación en la mayoría de los casos de la cefalea u otros síntomas derivados de la punción dural del procedimiento anestésico previo.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Puede seguirse con el tratamiento médico convencional, a costa de una posible prolongación en el tiempo del reposo y las molestias.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En la gran mayoría de los casos, la mejoría o desaparición de los síntomas es clara e inmediata, siendo su eficacia mayor cuanto más pronto se realiza.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Prolongación del periodo de cefalea.

### RIESGOS FRECUENTES

La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja y cuando aparecen en la mayor parte de los casos suelen ser complicaciones leves. Las complicaciones graves son extremadamente raras.

Dolor de espalda transitorio en el punto de punción.

En ocasiones puede haber dolor radicular por irritación de los nervios que pasan por el espacio epidural, que habitualmente cede de forma espontánea.

En algunos casos, puede haber una elevación transitoria de la temperatura, de causa no infecciosa.

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

1. Muy raramente puede producirse nuevamente, durante el procedimiento, una punción dural.
2. Muy raramente puede existir una exacerbación transitoria de los síntomas, en especial del dolor de cuello.
3. Excepcionalmente, a pesar de las medidas de asepsia, puede haber infección en la zona de punción o generalizada.
4. Excepcionalmente se han descrito casos de convulsiones o parálisis.
5. Excepcionalmente puede producirse sangrado en el espacio epidural como resultado del procedimiento que de consecuencias graves como la compresión de la médula, sobre todo si existen pruebas de coagulación normales.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**
**CONTRAINDICACIONES**

<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>