

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RF CON CATÉTER DE RAÍCES CERVICALES 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 de una aguja en una zona de su columna, llamado espacio epidural situado cerca de su médula espinal, mediante una pequeña punción en la parte mas alta de su columna dorsal.

Se introduce un tubo de plástico muy fino (catéter) que se dirige con control radiológico a la zona de las raíces nerviosas que se consideran causantes de su dolor. Una vez situado correctamente, se realiza un tratamiento con radiofrecuencia (corriente eléctrica especial que bloquea el dolor) de las raíces que se consideren responsables del dolor, a través del mismo catéter que se puede utilizar para inyectar medicación. Posteriormente se retira el catéter.

La técnica es poco dolorosa.

Se realiza en condiciones de asepsia, con anestesia local, se utiliza un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter.

Es necesaria la utilización de contraste radiológico, por lo que si ha tenido reacciones alérgicas al contraste o problemas con exploraciones radiológicas de comunicarlo a su médico.

En un porcentaje pequeño de pacientes no se puede realizar esta técnica pues no es posible encontrar el orificio de entrada de la aguja.

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). Suele aparecer durante los primeros días tras la colocación del catéter y no suele necesitar más tratamiento que analgésicos y reposo. 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.
3. Hematomas o hemorragia a nivel de la punción en la espalda o en el espacio epidural donde se sitúa el catéter.

4. Abscesos en el espacio epidural por contaminación desde la piel, excepcionalmente.
5. Meningitis, por infección dentro del sistema nervioso por contaminación desde la piel.
6. Complicaciones derivadas de la medicación administrada.
 - La administración de anestésicos locales, puede producir debilidad muscular en una o en las dos piernas, lo que es completamente reversible en cuanto se retira la medicación.

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

Las lesiones del sistema nervioso central son excepcionales, pudiendo producirse pérdida de control del esfínter vesical y/o anal, debilidad de las piernas y brazos y parálisis.

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