

<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 RF CONVENCIONAL DEL GANGLIO DE GASSER 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

El ganglio de Gasser es una estructura nerviosa situada en la base del cráneo, en esta estructura se encuentran las neuronas que van a formar las tres ramas del nervio trigémino, que van a conducir la sensibilidad de toda la cara, los dientes y la mucosa de la boca.

La radiofrecuencia se utiliza para tratar el dolor producido por la alteración de estos nervios conocida como neuralgia del trigémino y otras como la cefalea en racimos, el dolor facial atípico y en general para dolores producidos por la alteración de la función de cualquiera de las tres ramas de este nervio.

El ganglio de Gasser es accesible a través de un pequeño orificio en la base del cráneo, llamado orificio oval.

La técnica se realiza con una aguja que se introduce en la parte anterior de la cara cerca de la comisura labial y se avanza con control radiológico hasta introducirse en el agujero oval.

Se realiza con sedación profunda, siendo necesario despertarle para comprobar mediante estimulación eléctrica la situación de la aguja.

La radiofrecuencia convencional produce una lesión térmica de entre 60 y 65 grados, pudiendo realizarse una o varias lesiones dependiendo de que estén afectadas una o más ramas del trigémino.

### 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

La radiofrecuencia convencional produce lesión térmica con coagulación del ganglio de Gasser. Las complicaciones pueden ser:

1. Dolor local en la zona de punción es poco frecuente y desaparece rápidamente.
2. Hematoma facial. Debido al elevado número de vasos sanguíneos de la zona es posible que al pinchar alguno se produzca un hematoma (moratón).
3. Debilidad de masetero (10%) (el músculo encargado de la masticación) cuando se realizan tratamientos

### C. INFORMADO DE RF CONVENCIONAL DEL GANGLIO DE GASSER

en la tercera rama.

4. Parestesias que precisan tratamiento (5%), son transitorias y suelen desaparecer en pocos días.
5. Anestesia dolorosa (1,5%), es una complicación poco frecuente pero que puede dejar una zona de pérdida de sensibilidad en la cara, que sea además dolorosa y es posible que no responda a otros tratamientos.
6. Parálisis ocular (0,5%), muy rara y solo cuando se trata la primera rama.
7. Alteración del reflejo corneal (20%), en las lesiones que afectan a la primera rama.
8. Alteración del reflejo corneal con queratitis (0,6%), igual al anterior.
9. Rinorrea vasomotora (0,1%), en lesiones de la segunda rama.
10. Licuorrea, con salida de líquido cefalorraquídeo a través del orificio de punción en la cara.

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

Meningitis en caso de punción inadvertida de la mucosa de la boca y se transmiten los gérmenes de la boca al líquido cefalorraquídeo.

**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>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>DECLARO</b> 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>