

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

CONSENTIMIENTO DE RF DE FACETAS 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

Esta técnica consiste en la introducción de unas agujas especiales que a través de un generador de ondas de radiofrecuencia producen calor en un electrodo situado en su punta, que va a producir coagulación de unas terminaciones nerviosas que llegan a las articulaciones existentes entre las vértebras de su columna cervical (llamadas facetas) para tratar dolores de la región cervical de carácter mecánico.

Estos nervios únicamente inervan estas articulaciones, por lo que no se produce ninguna pérdida apreciable de sensibilidad ni movilidad.

Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda.

Se emplean unas agujas dirigidas con radioscopia (rayos X) para localizar el lugar de inyección.

Suele durar entre 35 y 40 minutos.

Se suele canalizar una vía venosa y se emplea anestesia local y una sedación ligera para hacer el procedimiento más cómodo para usted.

Se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).

Permanecerá en la mesa tumbado boca abajo.

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. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas, con analgésicos convencionales.
2. *Síncope vasovagal*. Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

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

1. Lesiones de las raíces nerviosas de la zona cervical por desplazamiento inadvertido de la aguja hacia el

C. INFORMADO DE RF DE FACETAS CERVICALES

orificio de salida de estos nervios de la columna. Es muy rara.

2. Hematomas en la zona de punción.

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