

<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 DE GANGLIO ESTRELLADO 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

La radiofrecuencia del ganglio estrellado consiste en interrumpir la inervación simpática del brazo y de la cara mediante la producción de calor, a través de una aguja especial introducida en la parte anterior del cuello, al lado de la tráquea.

Para ello es necesario realizar un pinchazo con una aguja fina, se anestesia la piel con anestesia local y se introduce la aguja hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocada correctamente la aguja se procede a realizar la lesión de radiofrecuencia.

Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica anterior debe comunicarlo a su médico.

Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y 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. Los efectos que notará son calor y en ocasiones enrojecimiento de la piel en el brazo del mismo lado .
2. Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del cuello. Suele ser pasajero y desaparece con la compresión de la zona.
3. Ronquera por paralización de los nervios laríngeos. También es pasajera y no requiere tratamiento.

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

1. Parálisis del diafragma del lado donde se realiza la técnica que puede producir dificultad respiratoria.
2. Aparición de neumotórax (entrada de aire en la cavidad pleural) se manifiesta por dolor intenso en el tórax en el lado de la punción. En ocasiones puede precisar la colocación de un tubo de drenaje para tratarlo.

**C. INFORMADO DE RF DE GANGLIO ESTRELLADO**

3. Lesión de alguna de las raíces nerviosas cervicales con la aparición de dolor y secuelas neurológicas.

**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>