

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RF DE GANGLIO TORÁCICO T2-T3 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 radiofrecuencia del simpático torácico consiste en interrumpir la inervación simpática de la parte distal del brazo y la mano, mediante colocación de unas agujas especiales en la parte posterior de su tórax, cerca de su columna.

Para ello es necesario realizar un pequeño pinchazo en cada uno de los niveles en la parte superior de su espalda, se anestesia la piel con anestesia local y se introducen dos agujas finas cuya punta tiene una zona que se calienta hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocada correctamente la aguja se procede a calentar su punta mediante un aparato generador de radiofrecuencia hasta conseguir una temperatura adecuada para coagular los ganglios simpáticos de ese nivel.

En ocasiones puede ser 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. Aumento de la temperatura de la parte final del brazo y de la mano pudiendo producir un enrojecimiento suave de la zona por aumento de la cantidad de sangre que llega hasta ella. Este efecto es el que se busca al realizar esta técnica.

2. Dolor en la zona de punción que normalmente es pasajero y carece de importancia.

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

1. Aparición de un 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.
2. Lesión de las raíces nerviosas T₂ o T₃, que se encuentran en la proximidad de la zona a tratar. Normalmente es pasajera y mejora en el curso de unas semanas, pero puede persistir meses.

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