

<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  
DEL GANGLIO IMPAR  
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</b> (Paciente)	<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</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El ganglio impar es una estructura nerviosa que recibe la sensibilidad de las vísceras del periné, uretra, recto y coxis.

Anatómicamente se sitúa en la zona interna de la unión entre los huesos sacro y coxis.

En esta zona se puede acceder a este ganglio con una pequeña aguja insertada en la parte mas baja del sacro, se inserta con control radiológico y utilizando una corriente eléctrica especial llamada radiofrecuencia para generar una lesión térmica con coagulación del ganglio.

**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. Dolor local en la zona de punción. Es poco frecuente y desaparece rápidamente.
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. En casos raros puede aparecer infección peritoneal (peritonitis) que podría requerir tratamiento específico y ser grave.

**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>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><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</p>			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<p><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</p>			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<p><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.</p>			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>