

<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 SIMPÁTICO LUMBAR 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 neurolisis por radiofrecuencia del simpático lumbar consiste en interrumpir la inervación simpática de la parte inferior del abdomen y de las piernas mediante la introducción de una aguja de radiofrecuencia en la parte posterior de su espalda, cerca de su columna.

Para ello es necesario colocarle boca abajo, se anestesia la piel con anestesia local introduciendo una aguja fina hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocada correctamente el electrodo situado en la punta calienta el tejido que lo rodea hasta una temperatura de 80° con lo que se produce una lesión térmica de la cadena simpática interrumpiendo su funcionamiento.

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

La duración aproximada de la técnica es de media hora.

Se canalizará una vena de su mano o brazo, al objeto de administrar un sedante suave para aumentar su comodidad.

### 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 piel en la pierna del lado donde se ha realizado el bloqueo, manteniendo sensación de calor.
2. Dolor en la zona de punción. Normalmente es pasajero y carece de importancia.

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

1. Punción o lesión térmica de algún vaso sanguíneo grueso del abdomen o de la pelvis, produciéndose hematomas o hemorragias
2. Dolor lumbar duradero en la zona de punción
3. Neuralgia del nervio genitofemoral. Se produce por lesión de este nervio que está situado en la zona próxima a la cadena simpática, que produce dolor en la zona de la ingle. En ocasiones puede ser duradera y rebelde a los tratamientos.

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