

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO FACETAS TORÁCICAS

Fecha : _____

FD 1

UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO/
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y
REANIMACIÓN

NOMBRE:

Nº HISTORIA :

DNI

*¿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

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Esta técnica consiste en la introducción de un medicamento (anestésico local o un corticoide) en unas pequeñas articulaciones de su columna vertebral torácica, llamadas facetas para tratar dolores de la región torácica de carácter mecánico.
- Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda.
- Se emplean unas agujas dirigidas con radioscopia (rayos X) para localizar el lugar de inyección.
- El bloqueo puede ser diagnóstico con anestésico local y efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico con un esteroide y de mayor duración (para tratamiento del dolor).
- Suele durar entre 20 y 25 minutos.
- Se emplea anestesia local.
- *Si la patología fuera bilateral se podrá realizar el mismo procedimiento en zona contralateral en días diferentes.*

2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

- Mejoría del dolor

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

- Tratamiento oral

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Menor mejoría.

5. RIESGOS

1.-RIESGOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA

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).
3. *Otros poco frecuentes, de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos*
 - Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la penetración de otras estructuras de la región, por ejemplo en el pulmón, con entrada de aire en la cavidad torácica (Neumotórax) que puede requerir la colocación de un tubo para evacuarla

II.-RIESGOS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES ASOCIADAS

- Los riesgos particulares asociados a sus enfermedades son :_____ . Estos riesgos deben de ser valorados individualmente .

6. CONTRAINDICACIONES

- No se podrá realizar si hay trastornos de la coagulación o infecciones en zona de punción

4.-Este documento tiene como objetivo reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información , por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicada la técnica propuesta .

Asimismo, Declaro:

- Que he sido informado por el Médico de las ventajas e inconvenientes del bloqueo de las facetas torácicas.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Madrid ,a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del bloqueo de las facetas torácicas, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

Madrid ,a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma