

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO FACETAS LUMBARES

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 lumbar, llamadas facetas para tratar dolores de la región lumbar 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. En cualquier caso, dado el poco calibre de las agujas, no suelen ser graves
 -

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 lumbares.
- 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 lumbares, 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