

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA BLOQUEO DEL NERVI
AXILAR O NERVI CIRCUNFLEJO**

Fecha : _____

FD 1

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

- Consiste en bloquear con anestesia local uno de los nervios que conduce la sensibilidad dolorosa del hombro y de las estructuras anatómicas que se insertan en él.
- La técnica se realiza bajo control ecográfico con una aguja que se introduce en la zona posterior del hombro
- Es poco molesto, pero en ocasiones dependiendo de cada paciente puede ser difícil de realizar, sobre todo en pacientes obesos.
- Se realiza colocándole en posición sentado o tumbado y la duración es de unos 10 minutos.
- Se utiliza para tratar dolores crónicos en la zona del hombro.
- 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...).

2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

- Mejoría

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

- Tratamiento oral

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Menor mejoría.

5. RIESGOS FRECUENTES

I.-RIESGOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA

- *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- *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).
- *Hematomas y dolor en la zona de punción*. Suelen ser pasajeros y de corta duración.
- *Riesgos poco frecuentes, de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos*
 1. Reacciones alérgicas al anestésico local.
 2. Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.
 3. Infección del punto de punción.

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 del nervio supraescapular.
- 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 del nervio supraescapular, 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