

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RADIOFRECUENCIA DE LAS FACETAS TORÁNICAS

UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO/
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y
REANIMACIÓN

Fecha : _____

NOMBRE:
Nº HISTORIA :
DNI

FD 1

*¿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 unas agujas especiales que unidas a un generador de radiofrecuencia producen calor en un electrodo situado en su punta, que va a producir coagulación de unas terminaciones nerviosas de unas pequeñas articulaciones de su columna vertebral dorsal, 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.
- Suele durar entre 25 Y 30 minutos.
- Se suele canalizar una vía venosa (un suero) y se emplea anestesia local y una sedación ligera para hacer el procedimiento mas cómodo para usted.
- Permanecerá en la mesa tumbado boca abajo.

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

I.-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. Debilidad transitoria de la musculatura paravertebral
4. *Otros poco frecuentes, de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos*

- La penetración de otras estructuras de la región como el pulmón, con entrada de aire en la cavidad torácica (*Neumotórax*) que puede requerir la colocación de un tubo para evacuarla.

- Lesiones de las raíces nerviosas de la zona lumbar por desplazamiento inadvertido de la aguja hacia el orificio de salida de estos nervios de la columna. Es muy raro
- *Hematomas y dolor en la zona de punción*, que suele ser pasajero y de corta duración.

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 de la radiofrecuencia 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 de la radiofrecuencia 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