

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO DEL NERVI PERIFÉRICO

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 inyección de un anestésico local y/o un corticoide en el recorrido del nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia (dolor en el recorrido de un nervio).
- Es una técnica muy sencilla y consiste en una inyección del medicamento seleccionado en un lugar de su recorrido.
- A veces se emplea un neuroestimulador (estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar más precisamente el lugar del bloqueo.
- Es una técnica que suele requerir bloqueos repetidos para conseguir resultados duraderos.
- Los nervios periféricos son las terminaciones del sistema nervioso y suelen estar por tanto muy accesibles (cercanos a la piel).
- 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 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. *Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos* . Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es el daño neurológico por lesión del nervio durante la punción o por la medicación inyectada.
4. *Otros*

**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 periférico
- 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 periférico, 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