

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

UNIDAD DEL DOLOR

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Con esta prueba intentamos conocer el origen de lo que le ocurre (prueba diagnóstica). Consiste en inyectar en la columna, con una aguja fina, un anestésico local mezclado con un antiinflamatorio. Se inyecta a la salida de una raíz nerviosa. Se puede hacer a nivel cervical, torácico o lumbar. Sirve para comprobar si se produce un importante alivio del dolor al anestesiar una raíz nerviosa.

CÓMO SE REALIZA:

Se le realizará en quirófano y estará tumbado/a boca abajo si se hace en la columna lumbar y en la torácica o boca arriba si es en la columna cervical. Bajo el control de un aparato de rayos X, se le inyectarán pequeñas cantidades de contraste para ver la correcta situación de la aguja. En este momento, puede sentir dolor, que se extenderá al brazo o pierna. Su duración es muy corta.

Inmediatamente, se le pondrá el anestésico local y el corticoide, para anestesiar la raíz del nervio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Alivio temporal del dolor en la zona del cuerpo dependiente de la raíz nerviosa tratada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En el tiempo que tenga controlado el dolor, tomará menos analgésicos (pastillas) y facilitará realizar otras pruebas para su tratamiento.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Depende de cada caso particular: se puede tratar con analgésicos (pastillas) a dosis elevadas, inyectarle la medicación directamente en las zonas dolorosas (infiltración), o bien, aplicar estimulación eléctrica transcutánea (TENS) o radiofrecuencia.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Son POCO FRECUENTES y en general leves:

- Mareo: suele darse en algunas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Produce sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Aunque no es grave, debe avisarnos si nota estos síntomas.

- LOS MÁS FRECUENTES:

Molestias locales en el lugar de punción, que ceden en pocas horas con analgésicos habituales.

- LOS MÁS GRAVES:

Suele ser muy poco frecuente.

- Lesión de la raíz, bien por la punción o por la medicación inyectada.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo al/a la médico.

En las siguientes situaciones NO debe realizarse esta intervención:

- Alergia conocida a los fármacos a usar.

- Infección del lugar de punción.
- Estados infecciosos (sépticos) con fiebre alta y malestar general.
- Trastornos de la coagulación.
- Embarazo.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.

Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE _____

DNI / NIE _____

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL

DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE _____ FECHA _____ FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRE _____ FECHA _____ FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRE _____ FECHA _____ FIRMA _____

APELLIDOS Y NOMBRE _____ FECHA _____ FIRMA _____

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención.

Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.: