

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESFENOPALATÍ

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient una radiofreqüència del gangli esfenopalatí.

EN QUÈ CONSISTEIX

El gangli esfenopalatí és una estructura nerviosa que està situada a la zona lateral de les fosses nasals, a la base del crani. Condueix la innervació simpàtica de les estructures del nas, el paladar tou i els ulls. De vegades la radiofreqüència d'aquest gangli es realitza per tractar dolors crònics d'aquestes estructures o per al tractament de les cefalees (mals de cap). S'utilitzen unes agulles amb una punta especial que és capaç d'escalfar-se mitjançant unes ones de radiofreqüència emeses per un generador. La lesió d'aquest gangli no provoca cap dèficit de la sensibilitat. El procediment es realitza estirat panxa amunt, amb anestèsia local, canalitzant una vena de la mà o el braç per on se li administrarà una sedació lleugera per fer més tolerable la tècnica. Cal que estigui despert/a per orientar el metge que realitza la tècnica sobre la correcta localització de l'agulla. Es realitza una punció amb anestèsia local en un costat de la cara, a l'altura de l'articulació de la seva mandíbula. Un cop localitzat el lloc correcte, se li administra anestèsia local de manera que la tècnica no és dolorosa.

RISCOS TÍPICS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESFENOPALATÍ

D'un 10 a 20% dels casos es pot produir una hemorràgia nasal, que no requereix normalment cap tractament especial; per això se'l mantindrà en observació durant dues hores abans de donar-li l'alta al seu domicili.

Menys freqüent és l'aparició d'una anestèsia en el vel del paladar, que sol ser de poca importància.

RISCOS PERSONALITZATS

Aquests riscos estan relacionats amb l'estat de salut previ del pacient, i els més significatius són:

.....
.....
.....
.....

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

Per raons d'organització és possible que l'anestesiòleg que el visita i el que practicarà l'anestèsia no sigui el mateix. En el cas en que durant el procediment sorgeixi alguna situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo el Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui practicat la radiofreqüència del gangli esfenopalatí.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització de la radiofreqüència del gangli esfenopalatí.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....