

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

BLOQUEIG RADICULAR SELECTIU

..... 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 la realització d'un bloqueig radicular selectiu.

EN QUÈ CONSISTEIX EL BLOQUEIG RADICULAR SELECTIU

El bloqueig radicular selectiu consisteix a injectar, mitjançant una agulla fina, un anestèsic local barrejat amb un corticoide en la sortida de la columna d'una arrel nerviosa: es pot fer a nivell cervical o lumbar. És una exploració diagnòstica amb la qual es vol comprovar si en anestesiar aquesta arrel nerviosa es produeix un important alleujament del dolor. Es realitza a quiròfan amb control de raigs X. Durant la prova estarà estirat de boca terrosa si és a la zona lumbar o panxa amunt si és a la zona cervical. La prova és poc dolorosa fins al moment en què es realitza la injecció del contrast: aleshores es pot produir una estimulació de l'arrel nerviosa que reproduïx el dolor que s'estén al braç o a la cama. Això dura uns instants i immediatament es posa l'anestèsic local i el corticoide que produeix l'anestèsia de l'arrel. Cal utilitzar petites quantitats de contrast radiològic per comprovar la situació de l'agulla. De manera que, si és al·lèrgic al contrast o ha tingut algun problema en alguna exploració radiològica, comuniqui-ho al seu metge. La durada de la prova és d'entre 15 i 20 minuts.

RISCOS TÍPICS DEL BLOQUEIG RADICULAR SELECTIU

Són poc freqüents i en general de poca importància:

Síncopes vasovagals, mareig, sudoració que pot arribar a produir pèrdua de coneixement si no es tracten (és poc freqüent i es tracta amb facilitat).

Molt poc freqüents encara més greus:

Lesió de l'arrel bé per la punció, bé per la medicació injectada. És molt poc freqüent.

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 el bloqueig radicular selectiu.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització del bloqueig radicular selectiu.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....