

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

COL·LOCACIÓ DE ELÈCTRODES EPIDURALS

..... 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 col·locació de elèctrodes epidurals.

EN QUÈ CONSISTEIX

La tècnica consisteix en la introducció a la columna vertebral, mitjançant una agulla, d'un o dos cables fins amb quatre elèctrodes distribuïts al llarg d'aquest. Aquest elèctrode es col·loca prop de la medul·la espinal (sistema nerviós). Aquesta intervenció es realitza a quiròfan amb anestèsia local, ja que és necessari que vostè ens digui si nota l'estimulació (un petit formigueig) a la zona que intentem tractar. Al quiròfan es col·locarà estirat panxa avall. La durada és entre 45 minuts i una hora. Durant una setmana o quinze dies portarà un estimulador extern, fins a comprovar que l'estimulació és eficaç per controlar o millorar el seu dolor. Posteriorment serà necessari tornar al quiròfan per implantar la pila definitiva. Aquest últim procediment es pot fer amb anestèsia local o general.

RISCOS TÍPICS DE LA COL·LOCACIÓ D'ELÈCTRODES EPIDURALS

Les complicacions que poden ocórrer són:

- **Durant el període de prova:** Cefalea o mal de cap, que pot ser intens i requerir repòs al llit i analgèsics durant un temps variable; normalment desapareix en una setmana, però es podria prolongar.
- **Infecció** al punt de sortida de l'elèctrode a la pell; no sol ser important però pot obligar a retirar l'elèctrode.
- **Desplaçament:** L'elèctrode es pot moure només amb canvi a la zona d'estimulació o per pèrdua d'aquesta, fet que obligaria a recol·locar-lo de nou a quiròfan.

Després de la implantació definitiva es pot produir:

- **Hemorràgia o hematoma** a la zona de col·locació de la bateria. Podria necessitar revisió quirúrgica.

- **Seromes o higroma** (acumulació de líquid) a la zona d'implantació de la bateria. Pot necessitar drenatge.
- **Obertura de la ferida quirúrgica.** Pot necessitar nova sutura.
- **Infecció**, tant de la zona de la bateria com de la zona dels elèctrodes. Pot obligar a extreure tot el sistema.
- **Desplaçament o trencament** dels elèctrodes, la qual cosa obligaria a extreure'ls o reemplaçar-los.

La bateria del sistema implantat té una vida limitada, que dependrà del nombre d'hores d'estimulació que necessiti i de la intensitat amb què es realitzi l'estimulació, per la qual cosa s'haurà de canviar al cap d'uns anys, normalment. Si en algun moment deixés de necessitar l'estimulació, es podria retirar el sistema sense problemes.

RISCOS PERSONALITZATS

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

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 practicada la col·locació d'elèctrodes epidurals.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la implantació d'elèctrodes epidurals.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....