

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA DE FACETES CERVICALS

..... 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 de .....de .....  
(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 radiofreqüència de facetes cervicals.

### EN QUÈ CONSISTEIX LA RADIOFREQUÈNCIA DE FACETES CERVICALS

Aquesta tècnica consisteix en la utilització d'unes agulles especials que, a través d'un generador d'ones de radiofreqüència, produeixen calor a la punta, amb què es coagularan les petites terminacions nervioses que arriben a les articulacions existents entre les vèrtebres de la columna cervical, anomenades *facetes*, per tractar dolors de la regió cervical de caràcter mecànic. Aquests nervis únicament innerven aquestes articulacions de manera que no es produeix cap pèrdua apreciable de sensibilitat ni mobilitat.

És una tècnica poc dolorosa, però una mica incòmoda. S'empren unes agulles dirigides amb radioscòpia (raigs X) per localitzar el lloc d'injecció. Sol durar entre 35 i 40 minuts. Se sol canalitzar una via venosa (un sèrum) i s'empra anestèsia local i una sedació suau per augmentar la seva comoditat durant la realització.

### RISCOS TÍPICS

Les complicacions més freqüents que poden aparèixer són:

- Molèsties locals en el lloc de punció. Cedeixen en poques hores amb analgèsics convencionals.
- Síncope vasovagal. És un "mareig" que solen patir certes persones davant determinades situacions (anàlisi, visió de sang, agulles, dolor, etc.) S'acompanya de sensació de calor, suor i esvaïment. Ha d'avisar si nota aquests símptomes. No és greu i cedeix amb atropina (que es pot administrar de forma preventiva).

Existeixen altres complicacions molt poc freqüents:

- Lesió d'arrels nervioses per un desplaçament inadvertit de l'agulla cap a la sortida dels nervis de la columna cervical; és molt rara.
- Hematomes a la zona de punció.

### 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 practicada una radiofreqüència de facetes cervicals.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització de radiofreqüència de facetes cervicals.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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