

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT TRACTAMENT SÍNDROME DE COMPRESSIÓ NERVIOSA

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

.....  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a .....  
i DNI núm. ...., en qualitat de representat legal/ familiar o de parentesc de  
.....

(nom i cognoms del pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a .....m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)

és necessari/convenient en la meua situació, sotmetre'm a un tractament quirúrgic de SÍNDROME DE COMPRESSIÓ NERVIOSA.

### PREOPERATORI

Abans de la cirurgia és necessari realitzar algunes proves diagnòstiques, com analítica, radiografies o electrocardiograma. També li indicarem des de quina hora ha d'estar en dejú.

### PROCEDIMENT

Consisteix en l'alliberació d'un nervi que va fins a la mà o el peu passant per un canal estret, constituït generalment per unes estructures òssies tancades per un lligament.

Sol ser un procés molt comú que es manifesta per dolor a l'extremitat i formigueig en una part de la mà o el peu, que es presenta en pacients que utilitzen les mans en un moviment repetitiu, treballadors de força o que utilitzen màquines vibratòries, que presenten artrosi, que han patit una fractura, pacients que s'estan dialitzant o durant l'últim trimestre de l'embaràs.

La intervenció sol necessitar anestèsia del braç o de la cintura en avall si s'opera un costat, i anestèsia general en el cas que s'intervingui en tots dos. El Servei d'Anestèsia i Reanimació estudiarà les seves característiques personals i l'informarà de quina és la més adequada en el seu cas.

El propòsit principal de l'operació consisteix a millorar els símptomes (dolor i formigueig) i impedir la progressió de la compressió del nervi.

Depenent del tipus de lesió, de les característiques o del procediment que cal realitzar, es pot necessitar l'administració de medicació oportuna per reduir la incidència d'aparició de trombosis a les venes.

### CONSEQÜÈNCIES SEGURES

La decisió quirúrgica pot demorar-se fins a la presència de dèficit dels moviments de la mà o del peu que estan a càrrec del nervi atrapat. Com més evolucionat sigui el quadre, menors seran les possibilitats de recuperació total.

Després de la intervenció presentarà molèsties a la zona de la ferida a causa de la cirurgia i del procés de cicatrització, que poden allargar-se durant algunes setmanes, mesos o fer-se contínues.

Durant uns dies necessitarà repòs amb el membre intervingut alçat. Igualment rebrà instruccions dels exercicis de rehabilitació que haurà de realitzar. Inicialment presentarà pèrdua de forces que recuperarà gradualment a mesura que vagi exercitant l'extremitat.

### DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

Les complicacions del tractament quirúrgic de la comprensió del nervi són:

- Tota intervenció quirúrgica porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses, tant per la pròpia tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...), que podrien fer variar la tècnica operatòria programada, necessitar tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics; i també poden implicar un mínim percentatge de mortalitat.
- Lesió de vasos de l'extremitat.
- Lesió de nervis de l'extremitat que pot condicionar una disminució de la sensibilitat o una paràlisi. Aquesta lesió pot ser temporal o bé definitiva.
- Obstrucció venosa amb formació de trombosi, inflor de la cama corresponent i, en rares ocasions, complicacions amb dolor toràcic i dificultat respiratòria (embòlia pulmonar) que poden conduir a la mort.
- Infecció de la ferida.
- Cicatriu de la ferida dolorosa.
- Rigidesa de les articulacions adjacents, que pot anar aïllada o associada a descalcificació dels ossos i inflamació del membre (atròfia òssia).
- Reaparició de la simptomatologia amb el temps.

### ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Inicialment es pot tractar com a medicació antiinflamatòria, fèrula d'immobilització o infiltracions. El tractament quirúrgic es recomana quan existeix un dolor important, quan el tractament realitzat amb anterioritat és ineficaç o si existeix el risc de desenvolupar lesions permanents.

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 com:

.....  
.....

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. 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 procediment/ tractament quirúrgic de SÍNDROME DE COMPRESSIÓ DEL NERVI de:.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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