

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT INJECCIÓ DEL MÚSCUL PIRAMIDAL O PIRIFORME

..... 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 injecció del múscul piramidal o piriforme.

EN QUÈ CONSISTEIX LA INJECCIÓ DEL MÚSCUL PIRAMIDAL O PIRIFORME

Aquesta tècnica s'empra en el tractament d'una entitat àmplia coneguda com dolor miofascial. Consisteix en la infiltració d'un medicament (anestèsic local o un corticoide) o de sèrum fisiològic específicament sobre el múscul piramidal o piriforme situat a la regió glútia, a banda i banda de l'os sacre, quan la seva palpació desencadena el quadre de dolor muscular del pacient. És una tècnica poc dolorosa i relativament senzilla, però que s'ha de fer al quiròfan, on s'han d'utilitzar els sistemes de monitorització usats habitualment en d'altres intervencions quirúrgiques. Es realitza en uns 10 - 20 minuts, depenent de la constitució del pacient i la facilitat de localització del múscul amb les tècniques de radioscòpia i/o ecografia. El bloqueig pot ser diagnòstic amb anestèsic local i efecte passatger (per localitzar l'origen del dolor), o terapèutic amb un esteroide i de major durada (per tractament del dolor). En casos confirmats d'afectació del múscul i en els quals la resposta a l'administració de corticoides és eficaç però de poca durada en el temps, la infiltració pot realitzar-se mitjançant l'aplicació de toxina botulínica, la qual produeix una paràlisi de part del múscul, i així s'aconsegueix reduir la contracció crònica del múscul i desapareix el dolor lumbociàtica o gluti.

RISCOS TÍPICS

Les complicacions de la tècnica són mínimes. Les més freqüents són:

- *Molèsties locals* en el lloc de punció. Cedeixen en poques hores.
- *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)

Molt rars però més greus:

- *Hematomes* a la zona de punció
- *Punció del nervi ciàtic*, per la proximitat a aquest òrgan.
- *Debilitat de la musculatura glútia*, especialment si s'utilitza la toxina botulínica, que pot afectar parcialment la marxa i que habitualment es recupera en un termini de 2 a 6 mesos.

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://hospiot.cat/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui practicada la injecció del múscul piramidal.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la injecció del múscul piramidal o periforme.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....