

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT BLOQUEIG D'ARTICULACIONS SACROILÍAQUES

..... 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 bloqueig d'articulacions sacroilíiques.

### EN QUÈ CONSISTEIX EL BLOQUEIG D'ARTICULACIONS SACROILÍIQUES

Aquesta tècnica consisteix en la introducció d'un medicament (anestèsic local o un corticoide) en unes articulacions grans situades entre el sacre (al final de la columna) i les pales ilíiques (ossos de la pelvis), per tractar dolors de caràcter mecànic amb aquest origen.

És una tècnica poc dolorosa, però una mica incòmoda. S'empren unes agulles llargues dirigides amb radioscòpia (raigs X) per localitzar el lloc d'injecció. 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 al tractament del dolor). Sol durar entre 20 i 25 minuts. Se sol canalitzar una via venosa (un sèrum) i s'empra anestèsia local.

### RISCOS TÍPICS

Les complicacions més freqüents que poden aparèixer són:

- *Molèsties locals* en el lloc de la punció. Cedeixen en poques hores amb analgèsics convencionals.
- *Síncope vasovagal*. És un "mareig" que solen patir certes persones davant de determinades situacions (anàlisi, visió de sang, 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, com és la penetració d'altres estructures de la regió. En qualsevol cas, atès el poc calibre de les agulles, no sol ser greu.

## 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 meua 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 meua 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 un bloqueig d'articulacions sacroilíaques.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització del bloqueig d'articulacions sacroilíaques.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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