

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT BLOQUEIG DEL NERVI TRIGEMIN

..... 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 del nervi trigemin.

### EN QUÈ CONSISTEIX EL BLOQUEIG DEL NERVI TRIGEMIN

Aquesta tècnica consisteix en la injecció d'un anestèsic local i/o corticoide en el recorregut del nervi; l'atrapament o estirament es considera responsable de la neuràlgia del trigemin (dolor a la cara). És una tècnica una mica molesta i consisteix en una injecció del medicament seleccionat travessant la part posterior de la galta, per davant de l'orella. Generalment s'usa un parell que provoca petites rampes (parestèsies) que recorreran el nervi buscat (branques del nervi trigemin) per localitzar l'afectat per la neuràlgia (dolor al llarg del nervi). La tècnica es realitza amb anestèsia local i de vegades amb sedació. Requereix la seva col·laboració perquè indiqui el lloc de la parestèsia, i dura 20 minuts.

### 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, dolor, etc.) S'acompanya de sensació de calor, suor i esvaïment. Ha d'avisar si nota aquests símptomes. No és greu i cedeix espontàniament i amb atropina (que es pot administrar de forma preventiva).
- Hematoma facial. A causa de l'elevat nombre de vasos sanguinis de la zona, és possible que en punxar-ne algun es produeixi un hematoma (blau).

## 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 practicat un bloqueig del nervi trigemin.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització del bloqueig del nervi trigemin.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

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