

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI DORSAL DE L'ARREL ESPINAL

..... 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 una radiofreqüència del gangli dorsal de l'arrel espinal.

EN QUÈ CONSISTEIX LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI DORSAL DE L'ARREL ESPINAL

La radiofreqüència del gangli dorsal de les arrels espinals consisteix a tractar les arrels nervioses que surten de la columna mitjançant una agulla especial, la punta de la qual conté un elèctrode que s'escalfa i emet ones de radiofreqüència. Aquestes ones produeixen una interferència en les neurones que formen l'arrel nerviosa i interfereixen de forma reversible la seva funció, cosa que produeix un bloqueig del dolor que es pot prolongar diversos mesos. Pot fer-se a nivell cervical o lumbar. Es realitza a quiròfan amb control de raigs X. Durant la prova estarà estirat de bocaterrosa si és a la zona lumbar, o de panxa amunt si és a la zona cervical. La prova és poc dolorosa fins al moment en què es realitza la injecció del contrast per comprovar la situació de l'agulla; aleshores es pot produir una estimulació de l'arrel nerviosa que reproduïx el dolor, que s'estén al braç o la cama. Això dura uns instants i immediatament es posa un anestèsic local que produeix l'anestèsia de l'arrel. Cal utilitzar petites quantitats de contrast radiològic per comprovar la situació del disc, de manera que si és al·lèrgic al contrast o ha tingut algun problema en alguna exploració radiològica, comunicui-ho al seu metge o metgessa.

RISCOS TÍPICS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI DORSAL DE L'ARREL ESPINAL

Són poc freqüents i en general de poca importància:

Síncopes vasovagals, mareig, sudoració, que poden arribar a produir pèrdua de coneixement si no es tracten: són poc freqüents i es tracten amb facilitat.

Molt poc freqüents però encara més greus:

Neuritis per lesió de l'arrel i inflamació d'aquesta: és molt poc freqüent i sol ser reversible.

Hematomes i hemorràgia a la zona de tractament per la punció d'algun vas pròxima la zona que es tracta: és molt poc freqüent.

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 del gangli dorsal de l'arrel espinal.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització de radiofreqüència del gangli dorsal de l'arrel espinal.

Signatura del pacient

Olot, de de 20.....