

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESTRELLAT

..... 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 radiofreqüència del gangli estrellat.

EN QUÈ CONSISTEIX LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESTRELLAT

La radiofreqüència del gangli estrellat consisteix a interrompre la innervació simpàtica del braç i de la cara mitjançant la producció de calor, a través d'una agulla especial introduïda a la part anterior del coll, al costat de la tràquea. Per això és necessari realitzar una petita punxada; s'anestesia la pell amb anestèsia local i s'hi introdueix una agulla fina fins a localitzar la zona adequada. Un cop col·locada correctament l'agulla, es procedeix a realitzar la lesió de radiofreqüència. Cal utilitzar petites quantitats de contrast radiològic per comprovar la situació de l'agulla, de manera que si és al·lèrgic al contrast o ha tingut algun problema en alguna exploració radiològica, comuniqui-ho al seu metge.

RISCOS TÍPICS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESTRELLAT

Els efectes que vostè notarà són:

Calor i de vegades enrogiment de la pell al braç del mateix costat.

COMPLICACIONS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DEL GANGLI ESTRELLAT

Les complicacions de la radiofreqüència del gangli estrellat són rares.

Les més freqüents són:

- Hematoma (acumulació de sang), per punció d'alguna de les venes o artèries del coll; sol ser passatger i desaparèixer amb compressió de la zona.
- Ronquera per paralització dels nervis laringis; també és passatgera i no requereix tractament.

Molt poc freqüents però molt greus, són:

- Paràlisi del diafragma del costat on es realitza la tècnica que pot produir dificultat respiratòria.
- L'aparició d'un pneumotòrax, entrada d'aire en la cavitat pleural. Es manifesta per dolor intens al tòrax al costat de la punció. De vegades pot necessitar la col·locació d'un tub de drenatge per tractar-lo.
- Lesió d'alguna de les arrels nervioses cervicals amb l'aparició de dolor i seqüeles neurològiques.

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 practicada la radiofreqüència del gangli estrellat.

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 estrellat.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....