

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RADIOFREQUÈNCIA DEL NERVI SUPRAESCAPULAR

..... 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 una radiofreqüència del nervi supraescapular.

### EN QUÈ CONSISTEIX LA RADIOFREQUÈNCIA DEL NERVI SUPRAESCAPULAR

Consisteix a bloquejar amb radiofreqüència el nervi que condueix la sensibilitat dolorosa de l'espatlla i de les estructures anatòmiques que s'hi insereixen.

La tècnica es realitza amb una agulla especial, connectada a un generador de radiofreqüència, que ens permet identificar la seva situació, ja que es produeixen unes petites contraccions musculars quan s'està a la zona propera al nervi. El generador produeix unes ones de radiofreqüència amb producció de calor, cosa que bloqueja la conducció dolorosa del nervi d'una manera perllongada. L'agulla es col·loca a la zona posterior de l'espatlla, sobre l'escàpula o omòplat. És poc molest però, de vegades, depenent de cada pacient, pot ser difícil de realitzar, sobretot en pacients obesos. Es realitza col·locant el pacient en posició assegut/uda, i la durada és d'uns 10 minuts. S'utilitza per tractar dolors crònics a la zona de l'espatlla.

### RISCOS TÍPICS DE LA RADIOFREQUÈNCIA DEL NERVI SUPRAESCAPULAR

Les complicacions més freqüents són:

- Hematomes i dolor a la zona de punció, que solen ser passatgers i de curta durada.
- Neuritis per inflamació el nervi; és molt poc freqüent.

En molt rares ocasions es poden produir complicacions més greus, com són:

- Pneumotòrax, amb entrada d'aire a la cavitat pleural, que pot requerir la col·locació d'un tub de drenatge al tòrax per evacuar-lo. És molt estranya.

## RISCOS PERSONALITZATS

.....

.....

.....

.....

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 la radiofreqüència del nervi supraescapular.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització de radiofreqüència del nervi supraescapular.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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