Sociedad Norte del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ Nº HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO

EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO

El bloqueo radicular selectivo consiste en inyectar mediante una aguja fina un anestésico local mezclado con un corticoide en la salida de la columna de una raíz nerviosa, puede hacerse a nivel cervical o lumbar. Es una exploración diagnóstica en la que se quiere comprobar si al anestesiar esa raíz nerviosa se produce un importante alivio del dolor. Se realiza en el quirófano con control de rayos X, y /o ecógrafo, Durante la prueba estará tumbado boca abajo si es en la zona lumbar o boca arriba si es en la zona cervical. La prueba es poco dolorosa hasta el momento en que se realiza la inyección del contraste, en ese momento se puede producir una estimulación de la raíz nerviosa que reproduce el dolor que se extiende al brazo o a la pierna, esto dura unos instantes e inmediatamente se pone el anestésico local y el corticoide produciéndose la anestesia de la raíz. Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico.

RIESGOS TÍPICOS DEL BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO

Son poco frecuentes:

Síncopes vasovagales, mareo, sudoración que puede llegar a producir pérdida de conocimiento si no se tratan, es poco frecuente y se trata con facilidad.

Muy poco frecuentes, aunque más graves:

Lesión de la raíz bien por la punción bien por la medicación inyectada. Es muy poco frecuente.

Lesión medular por trombosis de la arteria radicular, con posible pérdida de fuerza en la extremidad

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:
.....
.....
.....……
……...

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos del BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice UN BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO

Firma del paciente

Firma del médico
Dr. D. _____

....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....

Firma ..... DNI .....

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO
Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo Radicular Selectivo

Firma del paciente Fecha