



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR.

EN QUE CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR

Consiste en bloquear con radiofrecuencia el nervio que conduce la sensibilidad dolorosa del hombro y de las estructuras anatómicas que se insertan en él.

La técnica se realiza con una aguja especial conectada a un generador de radiofrecuencia, que nos permite identificar su situación, pues se producen unas pequeñas contracciones musculares cuando se está en la zona cercana al nervio. Se utiliza un ecógrafo o un aparato de rayos X para colocar las agujas. El generador produce unas ondas de radiofrecuencia con producción de calor, lo que bloquea la conducción dolorosa del nervio de una manera prolongada. La aguja se coloca en la zona posterior del hombro, sobre la escápula u omóplato. Es poco molesto, pero en ocasiones, dependiendo de cada paciente, puede ser difícil de realizar, sobre todo en pacientes obesos. Se realiza colocándole en posición sentado/a y la duración es de unos 10 minutos. Se utiliza para tratar dolores crónicos en la zona del hombro.

COMPLICACIONES DE LA RADIOFRECUENCIA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR

Las complicaciones más frecuentes son:

- **Hematomas y dolor en la zona de punción**, que suelen ser pasajeros y de corta duración.
- **Neuritis** por inflamación el nervio, es muy poco frecuente

En muy raras ocasiones se pueden producir complicaciones más graves como son:

- **Neumotórax**, con entrada de aire a la cavidad pleural, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación. Es muy rara

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Declaro que he sido informado por el médico de las complicaciones que pueden ocurrir tras la radiofrecuencia del nervio supraescapular y sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho 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 la radiofrecuencia del nervio supraescapular.

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 RADIOFRECUENCIA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR

Revoco el consentimiento para la realización DE RADIOFRECUENCIA del Nervio supraescapular

Firma del paciente

Fecha