



Sociedad Norte
del Dolor

1° APELLIDO _____
2° APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DE DISCO

EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DE UN DISCO

La radiofrecuencia intradiscal consiste en tratar un disco de la columna mediante una aguja especial cuya punta se calienta para producir la destrucción de las terminaciones nerviosas de dicho disco, de manera que se produzca un alivio del dolor lumbar. Esta prueba suele ir precedida de una discografía diagnóstica, para identificar los discos lesionados. Se puede realizar a nivel cervical o lumbar. Se realiza en el quirófano, con anestesia local y con control de rayos X. Durante la prueba estará tumbado boca abajo en el caso de la zona lumbar o boca arriba en la zona cervical. La prueba es poco dolorosa. Puede ser 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. La duración del tratamiento es de unos 20 a 30 minutos

COMPLICACIONES DE LA RADIOFRECUENCIA DE DISCO

Son poco frecuentes y en general de poca importancia:

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

Estimulación de una raíz nerviosa que se encuentra en la vecindad de la zona a puncionar, puede producir dolor que se extiende a la pierna o al brazo dependiendo de la zona donde se esté realizando la exploración.

Muy poco frecuentes, aunque más graves:

Discitis, es la infección del disco explorado que puede producir dolor lumbar persistente, fiebre y que requerirá un tratamiento específico con antibióticos y analgésicos.

Lesiones radicales por afectación de algunas de las raíces nerviosas situadas en la vecindad del disco a tratar, pueden ser pasajeras o pueden prolongarse o llegar a ser definitivas, es muy poco frecuente

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 de LA RADIOFRECUENCIA DE UN DISCO, 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 RADIOFRECUENCIA DE DISCO

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 DE DISCO

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del Ganglio Estrellado.

Firma del paciente

Fecha