Sociedad Norte del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ Nº HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO DORSAL DE RAÍCES ESPINALES

EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO DORSAL DE LAS RAÍCES ESPINALES

La radiofrecuencia del ganglio dorsal de las raíces espinales consiste tratar las raíces nerviosas que salen de la columna mediante una aguja especial cuya punta contiene un electrodo que se calienta y emite ondas de radiofrecuencia. Estas ondas producen una interferencia en las neuronas que forman la raíz nerviosa interfiriendo de forma reversible su función produciendo un bloqueo del dolor que se puede prolongar varios meses. Puede hacerse a nivel cervical, dorsal o lumbar. Se realiza en el quirófano con control de rayos X. Durante la prueba estará tumbado boca abajo si es en la zona lumbar o boa arriba si es en la zona cervical. La prueba es poco dolorosa. Se estimula el ganglio de la raíz dorsal y usted puede notar calambres, hormigueos o que se le mueve la extremidad a tratar. Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja y ver el curso de la raíz nerviosa, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico

COMPLICACIONES DE LA RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO DORSAL DE LA RAIZ ESPINAL

Son poco frecuentes y en general de poca importancia:

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

Muy poco frecuentes, aunque más graves:

Neuritis por lesión de la raíz e inflamación de esta, es muy poco frecuente y suele ser reversible

Hematomas y hemorragia en la zona de tratamiento por la punción de algún vaso en la proximidad de la zona a tratar, es muy poco frecuente

Punción de la duramadre (tejido que cubre a la médula)

Lesión medular espinal

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 DEL GANGLIO DORSAL DE LA RAÍZ ESPINAL, 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 UNA RADIOFRECUENCIA DE LA RAÍZ DORSAL DEL GANGLIO ESPINAL a nivel ……...

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 GANGLIO DORSAL DE LA RAIZ ESPINAL
Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del Ganglio dorsal de la Raíz espinal

Firma del paciente

Fecha