Sociedad Norte del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ Nº HISTORIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DEL NERVIO TRIGÉMINO

EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DEL NERVIO TRIGÉMINO

Esta técnica consiste en la inyección de un anestésico local en la base el cráneo, donde se encuentra el ganglio de Gasser, que es la raíz del nervio trigémino, cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia DEL TRIGÉMINO (dolor en la cara). Es una técnica molesta que precisa de sedación profunda. Consiste en una inyección del medicamento seleccionado atravesando de la parte posterior de la mejilla, por delante de la oreja, para alcanzar el agujero oval por donde entra la aguja al ganglio de Gasser. Se utiliza aparato que provoca pequeños calambres (parestesias) que recorrerán el nervio buscado (ramas del nervio trigémino). Se precisa de un aparato de rayos X para controlar la punta de la aguja. Requiere su colaboración para que indique el lugar de la parestesia y dura 20 minutos.

RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- *Síncope vasovagal*. Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).
- *Hematoma facial*. Debido al elevado número de vasos sanguíneos de la zona es posible que al pinchar alguno se produzca un hematoma (moratón).
- *Entrada de la aguja en la cavidad bucal*: se considera que la punta de la aguja esta contaminada y se detiene el bloqueo

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 del nervio trigémino, 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 del nervio trigémino.

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 o tutor)
..... DNI ……

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO DEL NERVIO TRIGÉMINO

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo DEL NERVIO TRIGÉMINO.

Firma del paciente Fecha