



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_

2º APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA NERVIOSO PERIFÉRICO

### EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DE UN NERVIOS PERIFÉRICO

Consiste en bloquear con radiofrecuencia uno o varios nervios que se consideran responsables de la neuralgia (dolor en el recorrido de un nervio)..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 donde se ha localizado al nervio que queremos tratar. Es poco molesto, pero en ocasiones, dependiendo de cada paciente, puede ser difícil de realizar, sobre todo en pacientes obesos.

### COMPLICACIONES FRECUENTES

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- **Neuritis** por inflamación el nervio, es muy poco frecuente
- Síncope vasovágales. 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)

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la infección en el punto de infección que puede requerir el uso de antibióticos.

**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 nervioso periférico, 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 nervioso periférico.

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 LA RADIOFRECUENCIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS**

Revoco el consentimiento para la realización de LA RADIOFRECUENCIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS.

Firma del paciente

Fecha