



Sociedad Norte
del Dolor

1° APELLIDO _____

2° APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DE FACETAS DORSALES

EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DE FACETAS DORSALES

El bloqueo de facetas dorsales consiste en la introducción de un medicamento (anestésico local o un corticoide) en unas pequeñas articulaciones de su columna vertebral, llamadas facetas para tratar dolores de la región de carácter mecánico.

Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda. Se emplean unas agujas dirigidas con ecografía o radioscopia (rayos X) para localizar el lugar de inyección. El bloqueo puede ser diagnóstico con anestésico local y efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico con un esteroide y de mayor duración (para tratamiento del dolor) Suele durar entre 15 y 20 minutos. Se suele canalizar una vía venosa (un suero) y se emplea anestesia local.

Es un procedimiento que se realizará de forma ambulatoria, pudiendo irse al domicilio el mismo día.

COMPLICACIONES DEL BLOQUEO DE FACETAS DORSALES

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 con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la penetración de otras estructuras de la región. En cualquier caso, dado el poco calibre de las agujas, no suele ser grave.

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 FACETAS DORSALES, 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 el Bloqueo DE FACETAS DORSALES

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 DEL BLOQUEO FACETAS DORSALES

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo FACETAS DORSALES.

Firma del paciente

Fecha