



Sociedad Norte  
del Dolor

1° APELLIDO \_\_\_\_\_  
2° APELLIDO \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR**

### **EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR**

El bloqueo y/o radiofrecuencia del ganglio impar consiste en interrumpir la inervación simpática de la parte más inferior de la cadena simpática que recibe la información de periné, ano y estructuras viscerales de genitales e intestino distal mediante la inyección de un anestésico local y/o la utilización de radiofrecuencia en la parte más baja de su espalda, en la unión del sacro y el coccyx. Para ello es necesario colocarle boca abajo, se anestesia la piel con anestesia local y se introduce una aguja fina hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocada correctamente la aguja se procede a inyectar el anestésico local o realizar la radiofrecuencia. Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de las agujas, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico. La duración aproximada de la técnica es de media hora. Se le canalizará una vena de su mano o brazo para administrar un sedante suave para aumentar su comodidad. Es un procedimiento ambulatorio y podrá irse a su domicilio el mismo día.

### **COMPLICACIONES DEL BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR**

Las complicaciones del Bloqueo y/o radiofrecuencia del ganglio impar son raras.

Las más frecuentes son:

- Dolor en la zona de punción que normalmente es pasajero y carece de importancia

Más raras pueden ser:

- Punción de algún vaso sanguíneo, produciéndose hematomas
- Dolor duradero en la zona de punción
- Posible punción de la ampolla rectal y posible infección

**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 Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR, 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 GANGLIO IMPAR

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 Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR**

Revoco el consentimiento para la realización del BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA GANGLIO IMPAR

Firma del paciente

Fecha