



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE INFUSION ENDOVENOSA DE MEDICACIÓN

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y RECOMENDACIONES PREVIAS.

Esta técnica consiste en la introducción de medicación, habitualmente un anestésico local (Lidocaína) o Magnesio o Ketamina, por vía intravenosa. Se utiliza para disminuir el dolor crónico de diferentes patologías, como síndrome de dolor generalizado (fibromialgia), dolor neuropático, polineuropatías. Este dolor está producido por la lesión del sistema nervioso central o periférico y se manifiesta como: dolor que produce quemazón, hormigueo, pinchazos como alfileres, dolor al roce de la ropa, etc. Las constantes vitales de los pacientes (electrocardiograma continuo, presión arterial y saturación de O₂) estarán monitorizadas en todo momento mientras dure la técnica. La duración del tratamiento es de 1-2 horas. El tratamiento se repite entre 7-8 sesiones con una frecuencia aproximada de 3 sesiones semanales. Es recomendable traer ropa cómoda. Puede venir acompañado y es muy aconsejable que traiga algún libro, revista o pasatiempo para distraerse mientras se realiza el procedimiento.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA TÉCNICA

Molestias locales en el lugar de la punción que cede en pocas horas. Síncope vasovagal, es un mareo que suele darse en ciertas personas ante determinados estímulos (visión de sangre, análisis, dolor, etc.). Efectos secundarios temporales debido al anestésico local: somnolencia, sabor metálico, sensación de mareo. Con menos frecuencia se puede dar signos de toxicidad más intensos: confusión mental, temblor.

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 **TRATAMIENTO INFUSION ENDOVENOSA DE MEDICACIÓN**

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 **TRATAMIENTO DE INFUSION ENDOVENOSA DE MEDICACIÓN**

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 TRATAMIENTO INFUSION ENDOVENOSA DE MEDICACIÓN

Revoco el consentimiento para la realización del **TRATAMIENTO INFUSION ENDOVENOSA DE MEDICACIÓN**.

Firma del paciente

Fecha