

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO NERVIOSO O NEUROLISIS BAJO TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC) O ECOGRAFÍA

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Bloqueo Nervioso o Neurolisis Bajo Tomografía Computada (TAC) o Ecografía, es un procedimiento que consiste en la inyección de un anestésico local (lidocaína, Bupivacaína) con o sin inyección asociada de corticoides o un neurolítico, sea alcohol absoluto o fenol. Esta inyección se realiza bajo estricto control imagenológico, infiltrando un nervio o conjunto de fibras nerviosas específico, que se sospecha causante de sus síntomas.

El procedimiento se realiza en una sala de TAC, Angiografía o Ecografía especialmente habilitada para tal efecto, y es llevado a cabo por el médico radiólogo intervencionista, especializado en la técnica y en la interpretación de imágenes.

En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa (tranquilizantes). El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

El objetivo del procedimiento, esto es, la disminución de sus síntomas, se logra en la mayoría de los casos, y su duración es variable, siendo en promedio 3 meses. La eficacia del procedimiento dependerá de la severidad y cronicidad de su enfermedad, y en muchos casos, el procedimiento servirá como una prueba terapéutica para averiguar si en definitiva es la estructura anatómica nerviosa tratada la que causa los síntomas de dolor que usted sufre. En ocasiones los síntomas de dolor son inespecíficos y no se pueden localizar en una estructura nerviosa en particular.

Así entonces, si el procedimiento no provoca mejoría en sus síntomas, la causa más probable es que su dolor no era provocado o conducido por ese nervio, y su médico tratante deberá buscar otras causas. La probabilidad que esto ocurra es variable y debe evaluarse caso o caso.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, de la Bloqueo Nervioso o Neurolisis Bajo Tomografía Computada (Tac) o Ecografía es un procedimiento invasivo, y como todo estudio invasivo no está exento de **riesgos o complicaciones**, puede provocar molestias, las que en su mayoría son pasajeras.

Además, pueden presentarse **efectos indeseables**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Dolor en el sitio de punción y en el sitio de irradiación nerviosa del bloqueo, sensación de ardor y sensación de hormigueo.
- Menos frecuentes son la pérdida parcial o total de la fuerza muscular en el sitio bloqueado (paresia) o de la sensibilidad, lo que generalmente se revierte en forma espontánea en el transcurso de varias semanas.
- Hemorragia
- Infección
- Dolor mayor a la inicial, lo que tiende a ser pasajero, y cuya frecuencia es baja dependiendo del sitio de punción.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Bloqueo Nervioso o Neurolisis Bajo Tomografía Computada (TAC) o Ecografía**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE BLOQUEO NERVIOSO O NEUROLISIS BAJO TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC) O ECOGRAFÍA, por el Dr. (a) _____.
DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)