

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO FACETARIO

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que es un procedimiento diagnóstico-terapéutico que se realiza en aquellos pacientes que presentan dolor lumbar bajo de tipo facetario. Se subentiende que el paciente tiene un estudio completo de radiografías, cintigrafía, resonancia nuclear magnética, scanner, que orientan a este diagnóstico y descartan otras patologías como causantes de dolor lumbar facetario (H.N.P., Espondilodiscitis, Tumores, etc.).

Procedimiento que se realiza en pabellón quirúrgico con sedación del paciente y anestesia local. Consiste en la aplicación de una mezcla de corticoides (depomedrol 80 mg) más un anestésico local (Bupivacaína) en las articulaciones zigoapoficiarias (facetar) de los 2 o 3 últimos niveles lumbares; para lo cual es imperativo el uso de intensificador de imágenes durante todo el procedimiento (absolutamente contra indicado en pacientes embarazadas).

El médico me ha advertido que el procedimiento pudiera requerir la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el equipo de anestesia. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Como tratamiento alternativo al bloqueo facetario podría seguir con tratamiento ortopédico kinésico, reposo medico, analgésicos, antiinflamatorios, órtesis lumbar, pero me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el Bloqueo Facetario Lumbar.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: en general solo complicaciones menores y absolutamente transitorias, como hipoestesias de extremidades inferiores, dolor local y alergia a los fármacos (muy rara).

La persistencia igual del dolor lumbar indica que la etiología no es de causa facetaria y deberá reevaluarse al paciente. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico o kinésico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

