

CONSENTIMIENTO INFORMADO BLOQUEO RADICULAR SELECTIVO CERVICAL.

AAOT

Ley 26529. Ley 26742

Además de la información oral facilitado por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcritos a continuación, es que conozca el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su doctor.

Lea atentamente este documento y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Por imperio de la ley mencionada arriba, usted o su representante legal deberá firmar el consentimiento para poder realizarle la práctica.

PROCEDIMIENTO

El bloqueo radicular selectivo es un procedimiento percutáneo que consiste en la inyección de fármacos a través de agujas que se acercan a las raíces nerviosas de la columna), está indicada para el manejo de radiculopatías (o inflamación de la raíz nerviosa o del nervio ciático), lumbociáticas (inflamación del nervio ciático y dolor lumbar) producto de hernias discales, estenosis del forámen y/o receso lateral (lugar en las vertebrae por donde salen las raíces nerviosas) , que no han tenido buena respuesta a manejo médico

Este procedimiento se realiza en el servicio de diagnóstico por imágenes o en quirófano con técnica estéril y con anestesia local y/o sedación. Con intensificador de imágenes o tomografía computada se coloca la aguja siguiendo el trayecto foraminal deseado. La ubicación final de la aguja debe ser controlada bajo Rayos en plano anteroposterior y lateral o en cortes axiales en el tomógrafo. Con la aguja en la ubicación deseada se coloca una mezcla de corticoide y anestésico local

RIESGOS HABITUALES

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- Hematomas en el área de punción
- Infección superficial o profunda
- Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- Alteraciones de la sensibilidad en el trayecto del nervio inyectado cuya duración es variable. Solo en forma excepcional puede ser permanente.
- Alteraciones motrices en los músculos inervados por el nervio o raíz nerviosa inyectada. Generalmente estos trastornos son pasajeros, pero ocasionalmente pueden ser permanentes y determinar parálisis en los miembros superiores..
- Reacciones alérgicas al anestésico local.
- 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.
- Elevación de la tensión arterial o glucemia

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 suelen ser graves.

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Pueden realizarse múltiples procedimientos, desde el tratamiento con medicación oral o inyectable, kinesiología y procedimientos quirúrgicos.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos del bloqueo radicular selectivo cervical y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la práctica no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

El Profesional me ha explicado que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o en estadio terminal tengo el derecho a manifestar el rechazo de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado-

- Por lo tanto ACEPTO/RECHAZO la reanimación artificial (tachar lo que no corresponda)
- ACEPTO/RECHAZO el retiro de medidas de soporte vital (tachar lo que no corresponda)

El Profesional me ha explicado también que tengo el derecho a manifestar el rechazo de procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable

- Por lo tanto ACEPTO/RECHAZO procedimientos de hidratación o alimentación (tachar lo que no corresponda)

En consecuencia doy mi consentimiento para la realización del procedimiento.

Firma del paciente.....Aclaración.....

Documento.....

Firma del familiar.....Aclaración.....

Documento.....

Firma del médico..... Aclaración.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que interviene (padre, madre, tutor, etc.):

Firma.....Aclaración.....

Documento.....Carácter.....

En....., a.....días del mes de.....de.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha..... revoco el consentimiento prestado para la práctica denominada.....

Firma del pacienteFirma del médico.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc)

Firma del representante legalAclaración.....
D.N.I