

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DEL NERVIIO**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) El procedimiento de bloqueo del dolor o bloqueo del nervio puede realizarse a través de dos técnicas:
  - a) Una de ellas consiste en la inyección de un anestésico local y corticoides en el recorrido del nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la afección. A veces se emplea un neuroestimulador (aparato que estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar más precisamente el lugar del bloqueo. Suele requerir bloqueos repetidos para conseguir resultados duraderos.
  - b) Otro tipo de bloqueo se logra a través de la radiofrecuencia, la cual consiste en la utilización de una corriente eléctrica especial (colocación de una aguja con un electrodo) en el recorrido del nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia (dolor en el recorrido de un nervio). Se emplea un neuroestimulador (estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar más precisamente el lugar del bloqueo. También suele requerir tratamientos repetidos para obtener resultados duraderos. Los nervios periféricos son las terminaciones del sistema nervioso y suelen estar por tanto muy accesibles (ceranos a la piel).
- 3) Se me ha informado cuál es el método o técnica que va a ser utilizado en mi intervención, así como también se me han explicado los riesgos de la misma. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha aclarado que las complicaciones que pueden originarse durante la intervención pueden ser desde molestias en el lugar de la punción (las cuales ceden en pocas horas mediante analgésicos convencionales) como también un síncope vasovagal, el cual consiste en 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. Se me informó que debo de avisar de estos síntomas. 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
- 4) Se me ha informado que existen métodos diagnósticos alternativos, como ser el tratamiento con medicación oral o inyectable, kinesiología y procedimientos quirúrgicos. De igual forma estoy consciente de que el tratamiento propuesto dará una mejoría más efectiva que los tratamientos mencionados.
- 5) Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la intervención, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 6) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del

procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

- 7) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 8) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 9) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

#### **SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_