

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RIZOLISIS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,
DNI....., con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,
con domicilio en.....
DNI....., en calidad dedel paciente.

Previamente a la entrega de este documento he sido informado verbalmente de forma satisfactoria por el Dr./Dra....., colegiado de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Se me recuerdan las siguientes **cuestiones**:

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como son: una analítica y un electrocardiograma; Y/o las pruebas que el servicio de anestesia considere necesarias en función de sus características individuales.

Le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Por haber sido diagnosticado de

.....
y habiendo agotado otras alternativas, se le recomienda realizar el siguiente procedimiento

.....
.....
.....
La técnica consiste en la insensibilización térmica del ramo posterior que inerva las facetas articulares de la columna vertebral. Es técnica se realiza bajo control radiográfico o ecográfico para localizar el punto de infiltración. Para ello se localiza el ramo posterior mediante medición de impedancias.

El objetivo de la técnica es aliviar el dolor producido por la inflamación en la/las facetas y se realiza generalmente por vía posterior.

Las alternativas a la rizolisis son seguir con el tratamiento analgésico antiinflamatorio, realizar tratamiento rehabilitador o considerar la posibilidad de alguna alternativa quirúrgica (siempre que exista), y que generalmente conlleva mayores riesgos y complicaciones.

Este tipo de técnica no conlleva prácticamente ninguna consecuencia a largo plazo y no afecta la movilidad de la columna. No requiere la separación ni disección de músculos, por lo que es muy difícil que aumenten el dolor y las molestias que padece.

Si surgiera alguna **situación imprevista urgente**, que requiriese la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado o fuese preciso la administración de hemoderivados autorizo al equipo médico para realizarlo.

3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS

-La intervención se realiza bajo anestesia local y sedación, con los riesgos inherentes a la misma de los que le informará el Servicio de Anestesia. Recordar la posibilidad de reacciones alérgicas a anestésicos locales o corticoides

-Por la propia técnica operatoria y por la situación vital de cada paciente (diabetes, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia, alteraciones cardiológicas...) cualquier cirugía lleva implícita una serie de complicaciones comunes que, junto con las específicas de esta intervención son infrecuentes y, pueden considerarse leves (hematomas, infecciones superficiales, tromboflebitis, ...) y graves, hasta un 2-3% (, hematomas profundos, embolia grasa o pulmonar, etc.). Es altamente improbable que complicaciones graves puedan comprometer la vida del paciente.

-En raras ocasiones pueden aparecer molestias en las piernas de tipo hormigueo o dificultad para moverse que suele durar unos días.

-En ocasiones se puede producir una lesión nerviosa por afectación de los nervios adyacentes, con una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.

-La duración del efecto de la infiltración puede ser variable en el tiempo. En ocasiones puede ser necesaria la aplicación de otras infiltraciones o tratamientos.

Aunque tras realizar una sesión de tratamiento se encuentre bien es importante que recuerde que, si se le ha administrado algún fármaco, se encontrará todavía bajo sus efectos. En ese caso y por ese motivo, durante el resto del día, no debe realizar ninguna acción que pudiera ser peligrosa (incluye, por supuesto, el no conducir vehículos a motor o manejar máquinas), así como evitar las bebidas alcohólicas (que podrían aumentar los efectos de dichos fármacos). Todo esto es aplicable al día siguiente, si aún no se encontrase del todo bien. Se recomienda que vaya acompañado por una persona adulta responsable.

4. CONCLUSIÓN

Mediante la firma del presente documento **declaro que** he sido amplia y satisfactoriamente informado/a de forma oral, en un lenguaje claro y sencillo. **QUE** he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones en cuanto a los fines, alternativas, métodos, inconvenientes y posibles complicaciones, así como del pronóstico. **QUE** dicha información ha sido realizada y se me ha permitido aclarar cualquier duda, así como los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pudieran surgir, tales como:

Así mismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes y obtener datos clínicos. Estos se podrán conservar, transmitir y utilizar con fines científicos y/o de docencia en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente.

Por ello **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico o quirúrgico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad).

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

1. Relativo al paciente:

Y para que así conste, enterado y conforme firmo el presente original.

D./D.^a con D.N.I. .
Firma del paciente Fecha: / /

2. Relativo al médico (cirujano):

Dr./Dra. , con Nº Colegiado ha informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico Fecha: / /

3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña. _____ no tiene capacidad para decidir en este momento.
D./D^a. _____ con D.N.I. y en calidad de _____ he sido
informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello,
doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar
este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar _____ Fecha: //

4. Revocación:

D./D^a _____ con D.N.I. o en su caso,
ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D^a.
con D.N.I. y en calidad de..... REVOCO el consentimiento
prestado en fecha de:.....y no deseo proseguir el tratamiento, que
doy con esta fecha por finalizado, conociendo, por haber sido informado de ello, de las
consecuencias de dicha decisión.

Firma del paciente, tutor o familiar _____ Fecha: / /

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Acepto No acepto