

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y ALIVIO DEL DOLOR
UNIDAD DE DOLOR CRONICO (UDC)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL NERVIOS TRIGÉMINO

1º APELLIDO _____
2º APELLIDO _____
NOMBRE _____
Nº HISTORIA _____

EN QUE CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DEL NERVIOS TRIGÉMINO

Consiste en bloquear con radiofrecuencia el nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia DEL TRIGÉMINO (dolor en la cara).

La técnica se realiza atravesando la parte posterior de la mejilla, por delante de la oreja con una aguja especial conectada a un generador de radiofrecuencia, que provoca pequeños calambres (parestias) y/o pequeñas contracciones musculares que recorrerán el nervio buscado (ramas del nervio trigémino), para localizar el afectado por la neuralgia (dolor a lo largo del nervio). Una vez identificada su situación, el generador produce unas ondas de radiofrecuencia con producción de calor, lo que bloquea la conducción dolorosa del nervio de una manera prolongada. La técnica se realiza con anestesia local. Requiere su colaboración para que indique el lugar de la parestesia y dura 20 minutos

RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- **Dolor en la zona de punción**, que suelen ser pasajero y de corta duración, cede en pocas horas con analgésicos convencionales.
- **Neuritis** por inflamación el nervio, es muy poco frecuente
- **Hematoma facial**. Debido al elevado número de vasos sanguíneos de la zona es posible que al pinchar alguno se produzca un hematoma (moratón).
- **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. No es grave y cede espontáneamente y/o con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

Soy consciente de que como consecuencia del procedimiento puedo tener parestias (adormecimiento) en la zona del recorrido del nervio de manera permanente, así como disfunción motora

Existen otras circunstancias personales (edad, enfermedades, alergias, tratamientos previos, drogadicción, consumo o abuso crónico de alcohol, hábitos adquiridos) que pueden incrementar o no, la incidencia de aparición de los riesgos que se le indicaron atrás, o bien que surjan situaciones inesperadas durante el procedimiento terapéutico que pudieran requerir alguna modificación o tratamiento adicional del previsto inicialmente, en cuyo caso nos autoriza igualmente a proceder y realizar lo que crea el anestesiólogo o el equipo médico de la Unidad del Dolor o del Servicio de Anestesiología, conveniente y necesario.

Se me ha informado de la necesidad de adoptar como medidas preparatorias al procedimiento, las siguientes: ***AYUNO DE 8 HORAS,**

* Tomar la siguiente medicación habitual _____

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y ALIVIO DEL DOLOR
UNIDAD DE DOLOR CRONICO (UDC)**

* Suspendir durante ____ días los siguientes medicamentos _____

Advertir cualquier tipo de prótesis móvil, lentillas o dentadura no fija o cualquier problema que haya podido presentar desde mi última visita a la Unidad del Dolor.

Así mismo se me ha informado de la necesidad de que acuda a este procedimiento terapéutico acompañado de una persona adulta y responsable y de que no debo conducir durante las siguientes **24 horas** luego de realizado el procedimiento.

Otras medidas a tener en cuenta tras el tratamiento y de las que he sido informado, son las siguientes _____

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la **RADIOFRECUENCIA DEL NERVI0 TRIGÉMINO**, y sé QUE EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice **RADIOFRECUENCIA DEL NERVI0 TRIGÉMINO**

Firma del paciente

Firma del médico

Fecha ____ / ____ / _____

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma _____ DNI _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA DEL NERVI0 TRIGÉMINO

Revoco el consentimiento para la realización de **RADIOFRECUENCIA DEL NERVI0 TRIGÉMINO**

Firma del Paciente

Fecha ____ / ____ / _____