

BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO

1. Que é?

Esta técnica consiste na inxección dun anestésico local e/ou un corticoide no percorrido do nervio cuxo atrapamiento ou estiramento considérase responsable da neuralxia (dor no percorrido dun nervio).

2. Para que serve?

Este procedemento aplicarase para mellorar a dor

3. Como se realiza?

É unha técnica moi sinxela e consiste nunha inxección do medicamento seleccionado nun lugar do percorrido do nervio. Ás veces emprégase un neuroestimulador (estimula o nervio a través dunha agulla con pequenas cambras) para localizar máis precisamente o lugar do bloqueo. É unha técnica que adoita requirir bloqueos repetidos para conseguir resultados duradeiros.

4. Cales son os riscos?

- **Pouco graves e frecuentes:**

- Molestias locais no lugar de punción. Ceden en poucas horas con tratamento sintomático.
- Síncope vasovagal: mareo asociado a sensación de calor, suor e desmaio. Debe avisar se nota estes síntomas. Non é grave e cede espontaneamente e con atropina.

- **Graves e pouco frecuentes:**

Existen outras complicacións moi pouco frecuentes, como é o dano neurolóxico por lesión do nervio durante a punción ou pola medicación inxectada.

5. Cales son as alternativas?

A alternativa é o tratamento farmacolóxico analxésico.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dña. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en
data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas
satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....