



Consentimiento Informado para
Bloqueo Facetario Lumbar

Consentimiento Informado para Bloqueo Facetario Lumbar

Consentimiento informado para Bloqueo Facetario Lumbar

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
BLOQUEO FACETARIO LUMBAR.

INFORMACIÓN

El Bloqueo Facetario Lumbar, es un procedimiento diagnóstico-terapéutico que se realiza en aquellos pacientes que presentan dolor lumbar bajo de tipo facetario. Se subentiende que el paciente tiene un estudio completo de radiografías, Cintigrafía, resonancia nuclear magnética, scanner, que orientan a este diagnóstico y descartan otras patologías como causantes de dolor lumbar facetario (H.N.P., Espondilodiscitis, Tumores, etc.).

Procedimiento que se realiza en pabellón quirúrgico con sedación del paciente y anestesia local. Consiste en la aplicación de una mezcla de corticoides (Depomedrol 80 mg) más un anestésico local (Bupivacaina) en las articulaciones Cigoapoficiarias (facetar) de los 2 o 3 últimos niveles lumbares; para lo cual es imperativo el uso de intensificador de imágenes durante todo el procedimiento (absolutamente contra indicado en pacientes embarazadas).

CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO

En un porcentaje mayor del 80% se obtendrá un alivio del dolor lumbar casi en forma inmediata; con lo cual se confirma el diagnóstico. La duración de esta mejoría en el tiempo es variable y dependerá del tratamiento kinésico y a cambios en los hábitos en cuanto al uso de su columna.

COMPLICACIONES

- En general solo complicaciones menores y absolutamente transitorias, como hipoestesias de extremidades inferiores, dolor local y alergia a los fármacos (muy rara).
- La persistencia igual del dolor lumbar indica que la etiología no es de causa facetaria y deberá reevaluarse al paciente.
- Como tratamiento alternativo al bloqueo facetario podría seguir con tratamiento ortopédico kinésico, reposo medico, analgésicos, antiinflamatorios, ortesis lumbar.
- El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas.
- Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el Bloqueo Facetario Lumbar.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

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

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

BLOQUEO FACETARIO LUMBAR.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).