



Consentimiento Informado Para  
Bloqueo Nervioso O Neurolisis Bajo  
Tomografía Computada (TAC) O  
Ecografía

## **Consentimiento Informado Para Bloqueo Nervioso O Neurolisis Bajo Tomografía Computada (TAC) O Ecografía**



**Consentimiento Informado Para Bloqueo Nervioso O Neurolisis Bajo Tomografía Computada (TAC) O Ecografía**

---

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 de:  
**BLOQUEO NERVIOSO O NEUROLISIS BAJO TOMOGRAFIA COMPUTADA (TAC) O ECOGRAFIA**

## INFORMACIÓN

Su médico tratante nos ha solicitado un bloqueo o Neurolisis bajo ecografía o tomografía computada. El procedimiento consiste en la inyección de un anestésico local (lidocaína, Bupivacaína) con o sin inyección asociada de corticoides o un neurolítico, sea alcohol absoluto o fenol. Esta inyección se realiza bajo estricto control imagenológico, infiltrando un nervio o conjunto de fibras nerviosas específico, que se sospecha causante de sus síntomas.

El procedimiento se realiza en una sala de TAC, Angiografía o Ecografía especialmente habilitada para tal efecto, y es llevado a cabo por el médico radiólogo intervencionista, especializado en la técnica y en la interpretación de imágenes.

En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa (tranquilizantes).

El procedimiento puede provocar molestias, las que en su mayoría son pasajeras. Las más frecuentes son: dolor en el sitio de punción y en el sitio de irradiación nerviosa del bloqueo, sensación de ardor y sensación de hormigueo. Menos frecuentes son la pérdida parcial o total de la fuerza muscular o de la sensibilidad

El objetivo del procedimiento, esto es, la disminución de sus síntomas, se logra en la mayoría de los casos, y su duración es variable, siendo en promedio 3 meses. La eficacia del procedimiento dependerá de la severidad y cronicidad de su enfermedad, y en muchos casos, el procedimiento servirá como una prueba terapéutica para averiguar si en definitiva es la estructura anatómica nerviosa tratada la que causa los síntomas de dolor que usted sufre. En ocasiones los síntomas de dolor son inespecíficos y no se pueden localizar en una estructura nerviosa en particular.

Así entonces, si el procedimiento no provoca mejoría en sus síntomas, la causa más probable es que su dolor no era provocado o conducido por ese nervio, y su médico tratante deberá buscar otras causas. La probabilidad que esto ocurra es variable y debe evaluarse caso o caso.

A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia, la infección, y la aparición de dolor mayor al inicial, lo que tiende a ser pasajero, y cuya frecuencia es baja dependiendo del sitio de punción. En algunas ocasiones también pueden aparecer sensaciones de hormigueo y pérdida de la fuerza muscular en el sitio bloqueado (paresia), lo que generalmente se revierte en forma espontánea en el transcurso de varias semanas.

El médico que realizará la intervención le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.



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 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 de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones.

## **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento de:

**BLOQUEO NERVIOSO O NEUROLISIS BAJO TOMOGRAFIA COMPUTADA (TAC) O ECOGRAFIA**

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).