


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Bloqueo Fascetario Lumbar	FL-CDM-85
		Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Procedimiento cuyo objetivo es la administración de medicamentos destinados a disminuir la inflamación y el dolor a nivel lumbar

EN QUE CONSISTE EL BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR

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.(Hernia Núcleo Pulposa), 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 o similares) más un anestésico local (Bupivacaina o similares) en las articulaciones zigoapoficiarias (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).

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.

RIESGOS DEL BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR

En general solo complicaciones menores y absolutamente transitorias, como hipoestusias 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


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

Como tratamiento alternativo al bloqueo facetario podría seguir con tratamiento ortopédico kinésico, reposo medico, analgésicos, antiinflamatorios, ortesis 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.

FORMULARIO PARA REGISTRO

	CONSENTIMIENTO INFORMADO Bloqueo Fascetario Lumbar	FL-CDM-85
		Rev. 03

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____