

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-17

Bloqueo del Nervio Periférico (Extremidad Superior)

Rev.05

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Mediante el bloqueo anestésico de los nervios de la extremidad superior lograr insensibilidad y bloqueo motriz que permita una intervención quirúrgica sin dolor y secundariamente muy buena analgesia post operatoria.

CARACTERÍSTICAS DEL BLOQUEO DEL NERVIO PERIFERICO. (En qué consiste)

- Esta anestesia se realiza en el área de pabellones, es ejecutada por un médico anestesiólogo.
- Se debe instalar un acceso venoso (bránula) por donde se administraran los sueros y los fármacos necesarios según el estado del paciente y el tipo de cirugía prevista. Habitualmente se administra sedantes al paciente, para que este cómodo y tranquilo.
- Como en todo acto anestésico el paciente será monitorizado en sus parámetros cardiovasculares (frecuencia cardíaca, presión arterial) y respiratorios (oximetría de pulso) en forma continua durante toda la intervención quirúrgica.
- En muchas ocasiones debido a las características del paciente, tipo de cirugía o posiciones quirúrgicas debe administrarse además una anestesia general.
- Existen varios puntos en el trayecto de los nervios desde el cuello hasta el brazo en donde es posible aplicar los anestésicos para lograr bloquear o anestésiar los nervios (también denominados plexo braquial). Estos son cuello, sobre o bajo la clavícula o en la axila.
- Para ubicar los nervios se puede usar un neuroestimulador eléctrico (que produce pequeños calambres sin dolor) y/o una ecografía para localizar exactamente el nervio a anestésiar. A veces, se necesitan varias punciones del plexo y algunos bloqueos en nervios más pequeños (cerca del codo o de la muñeca).
- Una vez ubicado los nervios se deposita alrededor de los nervios el anestésico local.
- Cuando se logra un buen efecto, el paciente queda casi libre de dolor en el post operatorio, por lo menos durante las primeras ocho a doce horas desde la inyección de anestésico local.

RIESGOS POTENCIALES DEL BLOQUEO DEL NERVIO PERIFERICO.

Complicaciones precoces:

- Dolor en el sitio de punción, habitualmente mejora en poco tiempo con analgésicos.
- Síncope vagal. Se acompaña de sensación de frío o calor, sudoración y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con medicamentos administrados por el anestesiólogo.

Complicaciones tardías:

- Hematoma o equimosis en el sitio de punción (moretón), rara vez puede infectarse.
- Dolor o anestesia persistente en el sitio de punción, habitualmente mejora con el tiempo.

Complicaciones muy raras:

- Lesión de la pleura del pulmón (neumotórax), requiere instalar un tubo de plástico en el tórax para sacar el aire que escapa del pulmón puncionado.
- Intoxicación por anestésico local.
- Lesión neurológica definitiva, es muy poco frecuente.
- La administración de sueros y de medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia puede producir, excepcionalmente reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves.
- Mientras se mantiene anestésiado el miembro superior, el paciente debe vigilar y proteger esa parte de su cuerpo, para evitar que ocurran quemaduras, golpes o cortes accidentales que podrían pasar inadvertidos.
- Si la anestesia obtenida es insuficiente para realizar la operación, el anestesiólogo puede recurrir a administrarle una anestesia general.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En general, esta técnica es muy segura, por eso se sigue usando hace muchos años.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Bloqueo del Nervio Periférico (Extremidad Superior)

FL-CDM-17
Rev.05

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 identidad.**

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
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Bloqueo del Nervio Periférico**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Bloqueo del Nervio Periférico**

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **Bloqueo del Nervio Periférico** 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 o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)