

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-85

### Bloqueo Fascetario Lumbar

Rev.04

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

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

#### CARACTERÍSTICAS DEL BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR (En qué consiste)

El Bloqueo Fascetario Lumbar, es un procedimiento diagnóstico-terapéutico que se realiza en aquellos pacientes que presentan dolor lumbar bajo de tipo fascetario. 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 fascetario 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 POTENCIALES DEL BLOQUEO FASCETARIO LUMBAR

En general solo complicaciones menores y absolutamente transitorias, como hipoestesia 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 fascetaria y deberá reevaluarse al paciente.

#### 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 fascetario podría seguir con tratamiento ortopédico Kinésico, reposo médico, analgésicos, antiinflamatorios, ortesis lumbar.

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.

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

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-85

### Bloqueo Fascetario Lumbar

Rev.04

**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 Fascetario Lumbar**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Bloqueo Fascetario Lumbar**

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 un **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 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)