



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
NERBIO PERIFERIKOAN BLOKEATZEKO / BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMAZIOA:

Teknika honetan, anestesiko lokal bat eta/edo kortikoideak sartzen dira, injekzio bidez, harrapatuta edo luzatuta dagoelako neuralgia (mina nerbio baten ibilbidean) eragiten duen nerbioaren ibilbidean. Teknika oso erraza da, eta nerbio horren ibilbidean hautatutako botika injektatzean datza. Batzuetan, neuroestimulatzaile bat erabiltzen da (orratz batekin, nerbioa estimulatzen da, karranpa txikien bidez), blokeoa non dagoen zehatzago jakiteko. Emaitzak iraunkorrak izan daitezzen, blokeak behin eta berriz egitea behar izaten da.

Nerbio periferikoak nerbio-sistemaren bukaerak dira, eta, beraz, erraza da haietara iristea (larruzaletik hurbil daude).

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Ondoez lokala zitzada-eremuan. Ondoeza ordu gutxiren buruan desagertzen da, ohiko analgesikoekin.
- Sinkope basobagala. Pertsona batzuek egoera jakin batzuetan —analisiak, odola ikustea, mina, etab.— izaten duten "zorabioa" da. Halakoetan, bero-sentsazioa, izerdia eta kordea galtzea gertatzen dira. Sintoma horiek nabaritzuz gero, horren berri eman behar duzu. Ez da larria, eta berez edo atropinarekin konpontzen da (era prebentiboan ere eman daiteke)

E. ARRISKU PERTSONALAK:

Nire egoeratik, medikuak azaldu dit arrisku edo konplikazio hauek areagotu daitezkeela:

<~ ~>

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMACIÓN:

Esta técnica consiste en la inyección de un anestésico local y/o corticoides en el recorrido del nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia (dolor en el recorrido de un nervio). Es una técnica muy sencilla y consiste en una inyección del medicamento seleccionado en un lugar de su recorrido. A veces se emplea un neuroestimulador (estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar más precisamente el lugar del bloqueo. Es una técnica que suele requerir bloqueos repetidos para conseguir resultados duraderos.

Los nervios periféricos son las terminaciones del sistema nervioso y suelen estar por tanto muy accesibles (cercanos a la piel).

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- Síncope vasovagal. Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).

E. RIESGOS PERSONALIZADOS::

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como:

<~ ~>



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeke, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha