



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ESKAPULA GAINEN NERBIOA BLOKEATZEKO BLOQUEO DEL NERVI SUPRAESCAPULAR

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

B. INFORMAZIOA:

Sorbaldako eta sorbaldan sartzen diren egitura anatomikoetako min-sentikortasuna erooten duen nerbioa anestesia lokalarekin blokeatzean datza tratamendua.

Estimulagailu batera konektatuta dagoen orratz bat erabiltzen da teknika honetan. Harekin, nerbioaren egoera identifika dezakegu, giharuzkurdura txiki batzuk gertatzen baitira anestesikoa injektatzen den eremuan. Orratza sorbaldaren atzeko aldean ipintzen da, eskapularen edo omoplatoaren gainean. Ez du min handirik egiten, baina, batzuetan, pazientearen arabera, zaila gertatzen da teknika hau erabiltzea (batez ere, paziente gizenetan). Pazientea eserita dagoela egiten da, eta 10 bat minutu irauten du. Sorbalda inguruko min kronikoak tratatzeko erabiltzen da.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Konplikazio ohikoenak hauek dira:

- Hematomak eta mina ziztada egin den lekuan; igarokorrak eta iraupen laburrekoak izaten dira.

Oso gutxitan gertatzen dira konplikazio larriagoak, hala nola:

- Anestesiko lokalak eragindako alergia-erreakzioak.
- Hodi barneko injekzioa, anestesikoak eragindako toxikotasun akutuarekin; konorte-galera, konbultsioak eta koma eragiten ditu.
- Pneumotoraxa, airea sar daiteke pleura-barrunbean, eta baliteke drainatzeko hodi bat jarri behar izatea toraxean aire hori atera ahal izateko. Ez da batere ohikoa

A. IDENTIFICACIÓN:

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

B. INFORMACIÓN:

Consiste en bloquear con anestesia local el nervio que conduce la sensibilidad dolorosa del hombro y de las estructuras anatómicas que se insertan en él.

La técnica se realiza con una aguja conectada a un estimulador, que nos permite identificar su situación, pues se producen unas pequeñas contracciones musculares cuando se está en la zona a inyectar con el anestésico. La aguja se coloca en la zona posterior del hombro, sobre la escápula u omóplato. Es poco molesto, pero en ocasiones, dependiendo de cada paciente, puede ser difícil de realizar, sobre todo en pacientes obesos. Se realiza colocándole en posición sentado/a y la duración es de unos 10 minutos. Se utiliza para tratar dolores crónicos en la zona del hombro.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones más frecuentes son:

- Hematomas y dolor en la zona de punción, que suelen ser pasajeros y de corta duración.

En muy raras ocasiones se pueden producir complicaciones más graves como son:

- Reacciones alérgicas al anestésico local.
- Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.
- Neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pleural, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación. Es muy rara.



E. ARRISKU PERTSONALAK:

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

<~~ ~~>

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

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko 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