

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DEL NERVIU OCCIPITAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DEL NERVIU OCCIPITAL**

Esta técnica consiste en la inyección mediante una aguja muy fina de un anestésico local y/o corticoides en la parte posterior de la cabeza, cerca de la nuca, en el recorrido del nervio cuya irritación produce dolor que comienza en la parte alta del cuello y la zona posterior de la cabeza y se extiende hacia adelante a las sienes e incluso hasta el ojo. Dicho dolor puede mejorar con el bloqueo del nervio. Tras la inyección se puede notar adormecimiento local, propio de la administración del anestésico. No se requiere una preparación especial para realizar la técnica y ese día podrá hacer vida normal. Tampoco requiere cuidados especiales después de la misma. El procedimiento lleva unos 10 minutos de duración total y es muy poco doloroso.

### **RIESGOS TIPICOS**

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- 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)
- Adormecimiento local en la zona de la inyección, hasta la oreja. Se suele pasar en 1 – 2 días

Otras complicaciones, menos frecuentes:

- Infección en el sitio de la inyección
- Sangrado local
- Reacciones alérgicas
- Entrada accidental de medicación en el torrente sanguíneo
- Llegada inesperada de la medicación a otros nervios

### **RIESGOS PERSONALIZADOS**

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....  
.....  
.....

DECLARO que he sido informado/a por el médico/a de los riesgos del bloqueo del nervio occipital, y sé QUE EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice un bloqueo del nervio occipital.

Firma del paciente                      Firma del médico Dr/a. D./Doña \_\_\_\_\_

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma ..... DNI .....

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO ANESTÉSICO OCCIPITAL

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo occipital.

Firma del paciente

Fecha