

# Monitorización neurofisiológica intraoperatoria

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nac.:

Sexo:

DNI/Pasaporte:

NHC:

## Solicitud de información

Deseo ser informado sobre la intervención que se va a realizar: Sí  No

Deseo que la información le sea proporcionada a \_\_\_\_\_

## Descripción del procedimiento

La monitorización neurofisiológica es el estudio continuo de la función del sistema nervioso durante las intervenciones quirúrgicas, para prevenir y evitar la aparición de un daño neurológico durante las mismas. Se estudia el sistema nervioso, especialmente en los procedimientos en los que existe riesgo de lesión de las vías motoras.

La técnica se realiza mediante la aplicación de estímulos eléctricos de muy breve duración sobre el sistema nervioso y registro inmediato de las respuestas provocadas, analizando e interpretando continuamente las señales durante todo el procedimiento quirúrgico. Para ello se emplean electrodos de aguja que se insertan bajo la piel en distintos músculos de las extremidades, tronco y cabeza. De esta manera tenemos información en tiempo real de cómo funciona el sistema nervioso con una alta sensibilidad, aportando al cirujano datos muy valiosos que mejoran el pronóstico de la cirugía y minimizan los riesgos de lesión neurológica.

Tanto el estímulo como el registro se realizan sobre la piel, por lo que no es una técnica invasiva.

## Riesgos del procedimiento

Los efectos secundarios son excepcionales y se limitarían a la aparición de hematomas en los puntos de colocación de los electrodos en la piel o pequeñas heridas en la boca (lengua o labios) por mordedura. Los electrodos se colocan y retiran cuando el paciente se encuentra anestesiado, con lo cual éste no percibe dolor ni molestias en ningún momento.

Su médico le informará verbalmente del procedimiento, el motivo de la prueba y los riesgos concretos en su caso. Cualquier duda acerca de esta prueba le será aclarada por su médico en el momento en que usted lo requiera.

### Declaraciones y firmas

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto médico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

**DOY MI CONSENTIMIENTO**, para que me realicen una monitorización neurofisiológica. Y, para que así conste, firmo el presente documento, después de haberlo leído.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

#### Renuncia a la información:

Conozco mi derecho a renunciar expresamente y por escrito a ser informado de la prueba.

Deseo no ser informado de la prueba.

**Firma:**

#### He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Recuerden que el consentimiento informado debe ir firmado en todas las caras por el paciente y cumplimentado íntegramente**