

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Batista

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEO POLISOMNOGRAMA NOCTURNO

¿Qué es la VIDE POLISOMNOGRAMA NOCTURNO v-PSG?:

El v-PSG es una exploración que se realiza durante la noche con el fin de valorar la calidad y cantidad de sueño mediante la monitorización de distintas señales fisiológicas como son la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, la actividad muscular, la función respiratoria, etc.

¿Como se realiza?:

Para ello, colocamos distintos tipos de electrodos en función de la variable a monitorizar. La mayoría de ellos son electrodos de pegatina que situamos en el canto de los ojos, el mentón, los brazos, el tórax y las piernas.

Para valorar la función respiratoria es necesario colocar sensores de presión y temperatura en la nariz y dos bandas respiratorias, una de ellas en el tórax y otra en el abdomen. Además, se colocará un pulsioxímetro en uno de los dedos de la mano.

Para valorar la actividad electroencefalográfica propia de las distintas fases de sueño, colocamos electrodos generalmente de "cucharilla" en el cuero cabelludo que fijamos con colloidium y que al día siguiente retiraremos con acetona. De manera puntual, y en casos seleccionados, también podremos utilizar un gorro con los electrodos insertados.

Durante la noche se realizará la grabación de vídeo de manera sincronizada con las señales bioeléctricas monitorizadas mediante los electrodos previamente descritos, para mayor precisión en la valoración del sueño. Posteriormente se utilizarán únicamente con fines científicos y de investigación.

¿Que complicaciones o riesgos existen?:

Es un procedimiento sin contraindicaciones y sin riesgos relevantes. En rara ocasión, los electrodos pueden producir irritación en la piel que desaparecerá en horas o días.

¿Existe alguna contraindicación?

No existen contraindicaciones.

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____



**Servicio de Neurocirugía.
Consentimiento Informado**