

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

PROCEDIMIENTO

Las infiltraciones consisten en la administración de una serie de medicamentos: antiinflamatorio, generalmente asociado a un anestésico local, ácido hialurónico, factores de crecimiento plaquetar etc, mediante la inyección directamente en la zona afectada. Puede realizarse con un objetivo diagnóstico o como tratamiento.

El objetivo de este procedimiento es tratar de aliviar el dolor y la inflamación, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la recuperación e intentar evitar posibles complicaciones que requieran tratamientos más agresivos.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

En todos los casos, la inyección de las infiltraciones provocará molestias debidas al propio pinchazo y al volumen de medicación introducida en la zona. Si la administración ha sido directamente en la articulación es aconsejable que efectúe reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular y aplique frío en caso de inflamación.

Ocasionalmente puede producir los siguientes problemas:

1. Reacción alérgica a la medicación introducida con bajada de la tensión arterial así como riesgo de presentar un shock anafiláctico.
2. Lesión de vasos, nervios y tendones adyacentes al pinchazo.
3. Infección en la zona del pinchazo.
4. Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
5. Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o una úlcera, si el paciente presentaba anteriormente estos problemas.
6. Aparición de atrofia cutánea en la zona del pinchazo.
7. Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____, a _____ de _____ de 20 ____