

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EL TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES.**

1. DATOS DEL PACIENTE

Pegatina

NOMBRE:

.....

D.N.I.:

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: APELLIDOS:

D.N.I.:

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

3. DATOS DEL MÉDICO

Sello facultativo

NOMBRE:

.....

Nº COLEGIADO:

4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña

5. PROCESO ASISTENCIAL

5.1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente asociada a un anestésico local) con una jeringa en una parte del organismo. Puede utilizarse como técnica diagnóstica, o para tratar un proceso inflamatorio o una lesión quística en el hueso.

El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

Solamente cuando se utilizan para resolver lesiones quísticas en el hueso, la intervención precisa anestesia que puede ser regional o general dependiendo de la lesión a tratar. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la infiltración presentará en la zona del pinchazo molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que efectúe reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones del tratamiento con infiltraciones de.....
.....del lado.....son:

- Reacción alérgica a la medicación introducida, bajada de la tensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- Lesión de vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de los tendones adyacentes.
- Infección de la zona del pinchazo.
- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Descompensación de una diabetes, hipertensión arterial o una úlcera.
- Aparición de atrofia cutánea en la zona de los pinchazos.

5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....
.....

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

5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria, reposo relativo o bien con medidas fisioterápicas.

5.6. CONTRAINDICACIONES

La infiltración está contraindicada en caso de infección activa. Debe de efectuarse con precaución en caso de diabetes lábil. En caso de embarazo se le informaría de los riesgos.

6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento con infiltraciones.

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....