

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACIÓN ARTICULAR Y PERIARTICULAR

(Ley 3/2005 de 7 de marzo de 2005. BOE nº 83 del 19 de abril de 2005)

La **infiltración articular y periarticular** consiste en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente un corticoide de depósito asociada a un anestésico local) con una jeringa en una parte del organismo de manera local. Puede utilizarse como técnica diagnóstica o terapéutica.

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 efectos secundarios.

La infiltración suele precisar, en algunos casos, anestesia local.

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

Riesgos típicos de la infiltración

Reacción alérgica a la medicación introducida, bajada de tensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad por anafilaxia.

Lesiones en vasos, nervios y tendones adyacentes

Infección en la zona de pinchazo e irritación de la articulación con inflamación de la misma

Descompensación temporal de diabetes, hipertensión arterial o úlceras

Aparición de atrofia cutánea en la zona de los pinchazos

Haga constar a su médico si usted padece alguno de los siguientes procesos, en cuyo caso habrán de tomarse medidas especiales:

Trastornos de la coagulación (Hemofilia, trombopenia, tratamiento con anticoagulantes, etc.)

Alergia a anestésicos locales o medicamentos de otro tipo.

Trastornos circulatorios (isquemia distal, claudicación intermitente, gangrena, etc.)

Inmunodeficiencia (incluyendo infección por VIH, Sida)

Hepatitis aguda o crónica.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Alternativas a la infiltración:

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

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Centro de salud.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Ley 3/2005 de 7 de marzo de 2005. BOE nº 83 del 19 de abril de 2005)

D/D^ade años,
DNI, con Domicilio en
con teléfono.....

Si el paciente no está capacitado para la toma de decisión:

D/D^ade años,
DNI, con Domicilio en
con teléfono.....

En calidad de Representante Legal, Familiar, Allegado

DECLARO

Que he leído la hoja de información y he sido informado/a por el Dr./Dra.
En fecha (y que me han sido entregada copia de la información) del
procedimiento..... e igualmente de los
beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más
frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de
este Centro de Salud y del Servicio de Salud.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del centro de salud de.....a que me practiquen
el procedimiento referido (descrito anteriormente) y las pruebas complementarias necesarias. Soy
conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán utilizar las actuaciones
médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento:

Firmo dos ejemplares en....., a..... de..... de 20

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del testigo

Firma del Facultativo

Firmar solo en caso de revocar el consentimiento previo fecha: