

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES

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 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a.....mayor de edad,
Con DNI:..... vecino de.....
Calle..... n°....., teléfono.....

MANIFIESTO

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..... a que me practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) 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:

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión; Persona que autoriza (familiar o tutor legal)
D/D^a..... con
DNI.....
En calidad
de.....

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: