Tratamiento con infiltraciones

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

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 cuál es la más adecuada.

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.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

- Reacción alérgica a la medicación introducida, bajada de la tensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- Lesión de los vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de los tendones adyacentes.
- Lesión 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.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

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

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dñaé . he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr./aé . He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO en que se me realice la infiltración deé ..

Ené é é é é é é é é é é .., a é é é é . de é é é é é é é é é é é .. de é é é é é é

Fdo.: El/la Médico Fdo.: El Paciente

Nº de Colegiado:_____ D.N.I._____

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña é .. en calidad de é é é é é é é é é é é é é é é é é é del paciente é ., he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO en que se realice al paciente la infiltración deé ..

En é é é é é é é é é é .., aé é é é é . de é é é é é é é é é é é de é é é é é é é

Fdo.: El/la Médico Fdo.: El Representante

Nº de Colegiado:_____ D.N.I._____

TESTIGO

Yo, Don/Dñaé declaro bajo mi responsabilidad que Don/Dñaé ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Dr./Draé é é é é é é é é é é é é é é é .. He comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el médico que le ah atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su CONSENTIMIENTO para que se realice al paciente la infiltración deé é é é é é é é é é é é é é é é é ..

En é é é é é é é é é é é .., a é é é é é é . de é é é é é é é é é é é .. de. é é é é ..

Fdo.: El/la Médico Fdo.: El Representante

Nº de Colegiado:_____ D.N.I._____

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dñaé . revoco el consentimiento prestado en fecha é é é é é é é é é é é ..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento deé ..

En é é é é é é é é é é é .., a é é é de é é é é é é é é é é é é é é é de é é é é é é é é ..

Fdo.: El/la Médico Fdo.: El Paciente

Nº de Colegiado:_____ D.N.I._____