

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN ARTICULAR GUIADA POR ECOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Mediante control ecográfico y técnica en condiciones de esterilidad se realizará punción articular para posteriormente introducir el fármaco solicitado por su médico.

Se efectuará con aguja fina y en función de las circunstancias se podría infiltrar anestésico local a lo largo de la trayectoria de la aguja.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

Para depositar de manera controlada por ecografía fármacos para mejoría sintomática de su enfermedad de base. Normalmente produce una mejoría transitoria o de larga duración de los síntomas producidos por su enfermedad de base

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

Riesgos frecuentes:

- La punción puede resultar algo molesta, puede notar sensación de descarga eléctrica que desaparece al retirar la aguja.
- Lo más frecuente en nuestro medio son los mareos que sucede en hasta un 10% de los pacientes.
- Hematoma (2-6%): Secundaria a la lesión de partes blandas por la propia punción con aguja o tejidos próximos.

Riesgos poco frecuentes:

- Infección en la zona del pinchazo: inherente a cualquier procedimiento intervencionista. Es una complicación grave muy poco frecuente (menos del 1 por mil). Se minimiza con una adecuada asepsia durante el procedimiento.
- En caso de enfermedad crónica o debilitante puede haber mayor riesgo de infección. Rogamos comunique esta situación a nuestro personal.
- Reacción alérgica a la medicación introducida con bajada de la tensión arterial, así como riesgo de presentar un shock anafiláctico.
- Lesión de vasos, nervios y tendones adyacentes al pinchazo.
- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o una úlcera, si el paciente presentaba anteriormente estos problemas.
- Aparición de atrofia cutánea en la zona del pinchazo

DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer: _____

POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

Cirugía o infiltraciones no guiadas por imagen

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

(*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D^a _____ como paciente (o representante del paciente

D / D^a _____), manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para _____ ,
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

C.I.MARC.AR. Ed.1 ENE - 2021

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____

Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I)

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es