

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>
-------------------------	---

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) INFILTRACIONES ARTICULARES / PERIARTICULARES**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El procedimiento al que usted va a someterse consiste en la administración de un medicamento mediante inyección. Se utiliza para tratar dolencias del aparato locomotor. En algunas ocasiones se emplea como medida diagnóstica (anestésico) con un efecto pasajero.

Es una técnica, en general, poco dolorosa y que puede realizarse en consulta.

Habitualmente no se requiere guardar reposo tras la infiltración extraarticular, en el caso de las intraarticulares (dentro de las articulaciones) suele recomendarse reposo relativo durante las siguientes 24-48 horas.

**CÓMO SE REALIZA:**

Este procedimiento consiste en la inyección de un medicamento anestésico local, corticoides u otros fármacos dentro de articulaciones o alrededor de estas usando una aguja que variará de tamaño según la zona que se infiltra.

Pueden realizarse infiltraciones de forma aislada o de forma repetida, en este caso habrá que espaciar las infiltraciones durante un periodo de tiempo variable según el tejido, fármaco administrado y localización de la infiltración.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Disminución del dolor y de la inflamación.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Necesitará tomar menos antiinflamatorios o analgésicos orales. Mejorará la función articular y muscular.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Analgésicos orales u otras técnicas analgésicas.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Molestias locales en la zona de punción. Suelen ceder con analgesia convencional.

Cuadro vasovagal: que consiste en un cuadro de mareo, que se acompaña de sudoración, calor y en ocasiones desvanecimiento, suele ceder de forma espontánea y en ocasiones se puede prevenir con fármacos administrados de forma preventiva por el médico.

En ocasiones las infiltraciones no mejoran el cuadro clínico.

Artritis postinyección, consiste en un proceso inflamatorio tras infiltración intraarticular, que suele ceder con reposo y antiinflamatorios convencionales, frecuencia entre el 1y el 3%.

Se pueden producir hematomas en la zona de punción que suelen se autolimitados.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Existen complicaciones menos frecuentes como las infecciones, sobre todo en infiltraciones intraarticulares con una frecuencia de 1/10000 infiltraciones, mucho menos frecuentes en las infiltraciones periarticulares.

Complicaciones muy poco frecuentes son las roturas tendinosas.

Reacción alérgica al medicamento.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Se deben evitar infiltraciones si existen trastornos de la coagulación, toma de Sintron o anticoagulantes, infecciones articulares o en la zona a infiltrar y si se han producido previamente reacciones adversas.

Se debe tener especial precaución al administrar corticoides en diabéticos e hipertensos mal controlados.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>
-------------------------	---

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso de MENORES DE EDAD, si el/la paciente es mayor de 12 años y se le considera maduro/a y capaz, el consentimiento lo emitirá el/la menor. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y se solicitará su Visto Bueno para la realización de la intervención. (Art. 9.3.c de la Ley 41/2002). Si el/la paciente es considerado/a incapaz o, en todo caso, es menor de 12 años, el consentimiento lo otorgará el representante legal del menor.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI  NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI  NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN</b>
-------------------------	---

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---