



## 1. Identificació i descripció del procediment

Consistix a traure líquid d'un tendó o bossa per a l'estudi posterior o per alleujar les molèsties que ocasiona al pacient. S'utilitzen per a això una xeringa i una agulla.

## 2. Objectiu

Suprimir o alleujar les molèsties del pacient referides a eixa localització. Estudiar les característiques del líquid per ajudar en el diagnòstic de la malaltia.

## 3. Beneficis

Alleujar o suprimir el dolor.

Millorar la mobilitat en els casos que estiga limitada.

Evitar haver d'aplicar altres tractaments més agressius o amb més efectes perjudicials.

Ajudar en el diagnòstic de la malaltia d'eixa articulació.

## 4. Alternatives raonables

Tractament amb:

- Medicaments presos per qualsevol altra via per a la inflamació i el dolor.
- Repòs.
- Utilitzar altres mitjans per al diagnòstic.

## 5. Conseqüències previsibles de la realització

Desaparició o alleugeriment de la inflamació i del dolor.

Millora de la mobilitat.

Facilitar el diagnòstic.

## 6. Conseqüències previsibles de la no-realització

No alleugeriment del dolor ni de la inflamació sense utilitzar altres mitjans de tractament.

No millora de la mobilitat sense utilitzar altres mitjans de tractament.

Necessitat d'altres proves per al diagnòstic.

## 7. Riscos freqüents

Dolor o molèstia a la zona de la punxada.

## 8. Riscos infreqüents

Infecció en el tendó o en la bossa.

Lipotímia.

## 9. Risc en funció de la situació clínica del pacient

Cap en especial.

## 10. Observació

Durant les primeres 48 hores següents a la punció haurà de:

- Mantindre en repòs la zona punxada.
- Comunicar al seu metge qualsevol anomalia que observe que no siga un dolor moderat a la zona punxada.

Si, després de les 48 hores després de la punció, té febre i/o rojor i/o augment de la calor a la zona punxada, ha de comunicar-ho urgentment al seu metge.

## 11. Declaració de consentiment

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

DNI ..... SIP .....

Nom i cognoms .....

Edat .....

Domicili .....

En qualitat de (representant legal, familiar o acostat del/de la pacient) .....

....., amb DNI .....

Declare:

Que el/la doctor/a ..... m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua situació, la realització de .....

i que he comprés adequadament la informació que m'ha donat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: ..... DNI .....

Firmat: Dr/a ..... DNI .....

Col·legiat .....

## 12. Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data ..... d ..... de 2 ....., i no vull prosseguir el tractament, que considere finalitzat.

En ..... a ..... d ..... de 2 .....

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat .....

