

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La artrocentesis es una técnica que consiste en sacar líquido (líquido sinovial, sangre, exudado o pus) acumulado en la cápsula articular que rodea una articulación enferma, para estudiarlo o aliviar las molestias que la presencia del mismo ocasiona al paciente, favoreciendo la movilidad adecuada de la articulación alterada por la presencia del derrame en el interior de la cápsula, y aliviando el dolor que produce.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se limpia y desinfecta la zona de punción. Con una aguja fina se entra en la cavidad articular. Con la ayuda de una jeringa, se extrae el contenido articular, que se puede remitir a laboratorio para conocer la naturaleza del derrame. En ocasiones se puede aplicar algún medicamento (corticoide o anestésico) que ayude a la correcta evolución de la enfermedad.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
 - **Frecuentes (más del 10%):** Dolor o molestia en la zona del pinchazo o en la articulación. Hematoma en la zona de punción poco importante. Inflamación tras la punción articular (artritis).
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** Reacción alérgica a los medicamentos que se puedan poner. Infección en la articulación. Lesión del cartílago por acción de la aguja. Mareos, sudoración. Lipotimia.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Aliviar o suprimir el dolor; mejorar la movilidad en los casos que esté limitada; evitar tener que aplicar otros tratamientos más agresivos o con más efectos perjudiciales; ayudar en el diagnóstico de la enfermedad de esa articulación.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Incapacidad para el correcto funcionamiento articular; no alivio del dolor ni de la inflamación; no mejoría de la movilidad; necesidad de otras pruebas para el diagnóstico.
6. **Alternativas:** Medicamentos tomados por vía oral para la inflamación y el dolor. Fisioterapia, reposo. Utilizar otros medios para el diagnóstico.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Ninguno en especial.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

ARTROCENTESIS

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____