



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La infiltración de la articulación es una técnica que consiste en introducir una sustancia antiinflamatoria habitualmente un corticoide, asociado o no con un anestésico.
2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante una inyección en el interior de la articulación. Es una técnica, en general, poco dolorosa y que puede realizarse en consulta.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Dolor o molestias en el lugar de la inyección durante las primeras 48 horas. Cede con analgesia convencional. Se pueden producir hematomas en la zona de punción que suelen ser autolimitados, es decir, locales.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** Atrofia de la grasa y pérdida del color de la piel en el lugar donde se pincha. Inflamación de la articulación como reacción a la sustancia que se inyecta. Infección en la articulación. Deterioro y/o calcificaciones de la articulación. Dolor de cabeza, rojez, calor y sudoración de la cara y tronco. Lipotimia. Descompensación en los diabéticos e Hipertensos. Alergia (excepcionalmente graves) y anafilaxia (reacción alérgica grave). Riesgo en función de la situación clínica del paciente.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Desaparición o alivio de la inflamación y del dolor y mejoría de la movilidad. Dolor o molestias en el lugar de la inyección durante las primeras 48 horas.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** No alivio del dolor ni de la inflamación, ni mejoría de la movilidad. Necesidad de tratar con medicamentos por boca de forma prolongada.
6. **Alternativas:** Medicamentos tomados por vía oral para la inflamación y el dolor; fisioterapia, reposo, rehabilitación.
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

INFILTRACIÓN DE LA ARTICULACIÓN

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: _____