



### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La infiltración de partes blandas 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 la proximidad de un tendón o bolsa tendinosa. 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, localizados.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** Atrofia de la grasa y pérdida del color de la piel en el lugar donde se pincha. Inflamación de la zona como reacción a la sustancia que se inyecta. Infección, deterioro de la zona infiltrada. Dolor de cabeza, rojez, calor y sudoración de la cara y tronco. Lipotimia. Alergia (excepcionalmente graves) y anafilaxia (reacción alérgica grave).
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:** Descompensación en los diabéticos e Hipertensos.

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 PARTES BLANDAS

## 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: \_\_\_\_\_