

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

1. **Què és?:** es una tècnica de punció, sense medicació, que té com a objectiu l'alleujament del dolor i millora de la funció. Es realitza sobre punts dolorosos miofascials o punts gallet. També pot realitzar-se sobre altres estructures musculoesquelètiques doloroses.
2. **Com es realitza?:** aquesta tècnica es realitza mitjançant la introducció d'una o diverses agulles estèrils de calibre molt fi directament sobre la zona d'origen del problema o sobre zones reflexes a distància. L'alleujament pot aparéixer a partir de la primera sessió o una vegada completat el cicle de tractament, que pot incloure diverses sessions.
3. **Quins són els riscos?:**
  - **Riscos freqüents (més del 10%):** en el punt d'injecció pot aparéixer una molèstia, hematoma localitzat i dolor post-punció, que es pot prologar durant el primer dia, per a després desaparéixer. En algunes persones molt sensibles a les tècniques mèdiques o amb propensió a marejar-se, pot aparéixer un quadre vagal (suor va fregir, tremolor, calor, mareig, esvaïment), que no és greu i cedeix amb tractament postural i simptomàtic.
  - **Riscos poc freqüents (menys del 10%):** en algunes persones molt sensibles a les tècniques mèdiques o amb propensió a marejar-se, pot aparéixer un quadre vagal (suor fred, tremolor, calor, mareig, esvaïment), que no és greu i cedeix amb tractament postural i simptomàtic. Es poden produir hematomes post-punció, mioedema, lesions en estructures pròximes nervioses o viscerals, risc d'infecció local, trencament de l'agulla. En pacients anticoagulats es poden produir hematomes extensos.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** en general, alleujament del dolor, millora de la funció i millor tolerància als exercicis de rehabilitació. Es poden desencadenar respostes reflexes, a través del sistema nerviós, que produïsquen beneficis addicionals.
5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** no millora del dolor.
6. **Alternatives:** aplicar diferents corrents analgèsics, termoteràpia, exercici terapèutic, tècniques manuals no invasives, infiltracions, etc. Es poden combinar amb la punció seca. Una altra opció seria prendre fàrmacs analgèsics i relaxants musculars, que també es poden associar a la punció seca.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** està contraindicada la punció seca en cas de por insuperable a les agulles, al·lèrgia als metalls (especialment al níquel), lesions cutànies locals (erupció, infecció, neoplàsia), pacients anticoagulats, immunodepressió, limfadenectomies, hipotiroidisme, epilèpsia, malalties infeccioses (hepatitis, VIH...).

**Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ**  
**PUNCIÓ SECA MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ**  
**PUNCIÓ SECA**

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

**DADES REPRESENTANT LEGAL**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

**DADES PROFESSIONAL**

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment

No autoritze la realització d'aquest procediment

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar pare i mare, en cas contrari el progenitor que la té.

*Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.*