



### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica para evacuar líquido de un tendón o bolsa tendinosa, para estudiarlo y/o aliviar las molestias que ocasiona su presencia
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza mediante punción de la parte blanda. En general, es poco dolorosa y puede realizarse en consulta. Evita otros tratamientos más agresivos o con más efectos perjudiciales, y ayuda en los tratamientos de fisioterapia o rehabilitación
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.
  - **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

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