

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIONES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su podólogo todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)
con domicilio en.....
DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el PODÓLOGO/A.....
(Nombre y dos apellidos del Podólogo/a.)
N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento de **INFILTRACIÓN**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREPARATORIO

Antes de la infiltración puede ser necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma.
También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente asociada a un anestésico local) con una jeringa en una parte del organismo. Puede utilizarse como técnica diagnóstica, o para tratar un proceso inflamatorio o una lesión quística en el hueso.
El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

Solamente cuando se utilizan para resolver lesiones quísticas en el hueso, la intervención precisa anestesia que puede ser regional o general dependiendo de la lesión por tratar. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la infiltración presentará molestias en la zona de inoculación debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que permanezca en reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la infiltración de la articulación son:

- a) Reacción alérgica a la medicación administrada, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- b) Lesión de vasos adyacentes.
- c) Lesión de nervios adyacentes.
- d) Lesión de los tendones adyacentes.
- e) Infección en la zona del pinchazo.
- f) Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- g) Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera.
- h) Aparición de atrofia cutánea en la zona de administración.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria y reposo relativo, o bien con medidas fisioterápicas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento de **INFILTRACIÓN DE:**

.....
.
.....
.....

En....., a de.....de.....

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,

Fdo. EL PODÓLOGO/A.

Fdo. EL/LA PACIENTE FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO