**CONSENTIMENT INFORMAT PEL TRACTAMENT AMB INFILTRACIONS**

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que poden ocórrer. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi-ho atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin.

# DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

Consisteix en la introducció d'una substància, antiinflamatori o altres fàrmacs, generalment associada a un anestèsic local, amb una xeringa, en una part de l'organisme. Pot utilitzar-se com a tècnica diagnòstica, o per tractar un procés inflamatori o articular o una lesió quística a l'os.

L'objectiu de les infiltracions consisteix en alleujar o suprimir el dolor i les manifestacions inflamatòries, prevenir o recuperar la limitació funcional, accelerar l'evolució favorable del procés i disminuir o eliminar la necessitat de tractaments més agressius o amb efectes secundaris.

Solament quan s'utilitzen per resoldre lesions quístiques a l'os, la intervenció precisa anestèsia que pot ser regional o general depenent de la lesió a tractar. El servei d'Anestèsia estudiarà les seves característiques personals, informant-lisi escau com és la més adequada.

# ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

La lesió objecte de la infiltració pot tractar-se amb medicació antiinflamatòria, repòs relatiu o bé amb mesures fisioteràpiques.

# RISCOS GENERALS I ESPECÍFICS DEL PROCEDIMENT

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per a TRACTAMENT AMB INFILTRACIONS, poden ser:

- Reacció al·lèrgica a la medicació introduïda, baixada de la tensió arterial, així com un mínim percentatge de mortalitat (anafilaxi).

- Lesió de gvasos adjacents.

- Lesió de nervis adjacents.

- Lesió dels tendons adjacents.

- Infecció de la zona de la punció..

- Irritació de l'articulació amb inflamació de la mateixa.

- Descompensació d'una diabetis, hipertensió arterial o una úlcera.

- Aparició d'atròfia cutània a la zona de les punxades.

# RISCOS PERSONALITZATS I ALTRES CIRCUMSTÀNCIES:

A més dels riscos descrits anteriorment, per les meues circumstàncies especials (mèdiques o d'un altre tipus) cal esperar els següents riscos:

# CONSEQÜÈNCIES DE LA CIRURGIA:

Després de la infiltració presentarà a la zona de la punció molèsties degudes a la pròpia punxada i al volum del medicament introduït. Sí la injecció s'ha introduït dins de l'articulació és convenient que efectuï repòs durant 24-48 hores per disminuir el risc d'augment de la inflamació articular.

Sr./Sra: ………………………………………………………amb DNI: ………………………

DECLARO: Que he estat informat amb antel.lació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment INFILTRACIÓ que se'm realitzarà, així com dels seus riscs i complicacions.

Que conec i assumeixo els riscos i/o seqüeles que poguessin produir-se per l'acte quirúrgic pròpiament dit, per la localització de la lesió o per complicacions de la intervenció, malgrat que els metges posin tots els mitjans al seu abast.

Que he llegit i comprès aquest escrit. Estic satisfet amb la informació rebuda, he formulat totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.

Que se m'ha informat de la possibilitat d'utilitzar el procediment en un projecte docent o d'investigació sense que comporti risc addicional sobre la meva salut, i que per tant pot ser documentat de forma gràfica i/o audiovisual respectant el meu anonimat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara dono, amb només comunicar-ho a l'equip mèdic.

I en aquestes condicions:

DONO EL MEU CONSENTIMENT NO CONSENTEIXO

que se’m realitzi la INFILTRACIÓ

Signatura del metge que informa Signatura

Dr./Dra.: Sr./Sra: …….....

Col·legiat núm…………………..

Data: Data:

# REPRESENTANT LEGAL

Sr./Sra:……………………………………………………………………. amb DNI:…………………….

en qualitat de a causa de………………………………

dóno el meu consentiment al fet que se li realitzi el procediment proposat.

Signatura del representant

Data:

# REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT:

Sr./Sra:……………………………………………………………………., amb DNI:……………………

REVOCO el consentiment anteriorment donat per a la realització d'aquest procediment per voluntat pròpia, i assumeixo les conseqüències derivades d'això en l'evolució de la malaltia que pateixo / que pateix el pacient.

Signatura Signatura del representant

Data