

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INFILTRACIÓN CON CORTICOIDE Y ANESTÉSICO ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Infiltración peri-intraarticular de corticoide depot + anestésico local.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría y supresión del dolor. Mejoría y supresión de la inflamación. Mejoría funcional.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Tratamiento Farmacológico y Fisioterapia.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejora o desaparición de la inflamación y dolor articular. Mejoría o normalización de la función articular.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Mantenimiento del dolor y la inflamación y deterioro progresivo de la función de la articulación correspondiente.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Empeoramiento leve los primeros días (artritis por microcristales al ser un compuesto depot de liberación lenta).
2. Pequeño hematoma cutáneo en la zona de la inyección. Atrofia grasa cutánea por el corticoide (mucho mas raro).

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Infección de la inyección, absceso si es periarticular y artritis séptica grave si son intraarticulares (riesgo controlable con la asepsia y el uso de material desechable).
2. Arritmia si inyección directa en arteria y/o vena (efecto del anestésico local).
3. Lesión Nervio Periférico si se pincha directamente en él.
4. Reacción alérgica local leve (al anestésico local o al corticoide,mas raro este último, controlable con los antecedentes personales).
5. Reacción alérgica general .
6. Reacción vaso-vagal –hipotension, mareo- .
7. Shock Anafiláctico con Parada Cardio-Respiratoria, igualmente controlable con los antecedentes como en el caso anterior.
8. Reacción Nitroide (rubor y calor momentáneo facial).

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

1. Elevación leve y transitoria de la Tensión Arterial en paciente hipertensos (por el efecto mineralocorticoide).
2. Igual en pacientes Diabéticos, elevación transitoria de la glucemia (azúcar en sangre), para su control utilizaremos menor dosis de corticoide.
3. Sangrado en el punto de inyección o hemartros si infiltración intraarticular en pacientes con coagulopatías o tratamientos con anaticoagulantes orales (Sintrom). Se podrían efectuar con mayores precauciones.

**CONTRAINDICACIONES**

1. Relativas, las citadas anteriormente.
2. Absoluta, hipersensibilidad (alergia) al corticoide y/o anestésico local.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>