

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Inyección con Toxina Botulínica.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Disminuir la espasticidad en los músculos inyectados (su resistencia a la movilidad pasiva para mejorar rigideces y contracturas provocadas por la misma).

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Fisioterapia, tratamiento farmacológico oral (efectos muy inferiores).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Disminución progresiva de la espasticidad, mejora de la movilización pasiva y posible movilidad activa de los músculos contrarios.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Empeoramiento de retracciones articulares.

RIESGOS FRECUENTES

Reacción Pseudogripal (febrícula, dolor articular leve y malestar general los primeros días).

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

1. Pérdida de fuerza generalizada (muy raro) transitoria.
2. Parálisis completa pero transitoria del músculo infiltrado.
3. Disfagia (dificultad para tragar), también transitoria.
4. Posibilidad de infección en punto de inyección (absceso).
5. Cuadro grave de alergia, incluso Shock Anafiláctico (extremadamente raro).

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

CONTRAINDICACIONES

Alergia conocida a la toxina botulínica.

PACIENTE			
D/D ^a			
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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA