

<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 INYECCIÓN INTRAARTICULAR DE GLUCOCORTICOIDES ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA

\*¿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 "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" 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

Consiste en administrarle un producto antiinflamatorio corticoide en el interior de una articulación.

Los corticoides son fármacos sistémicos que se parecen a los corticoides naturales y que tienen una potente acción antiinflamatoria.

Se pueden aplicar por múltiples vías pero la vía intraarticular es la más eficaz en procesos que cursen con inflamación articular ya que actúan casi exclusivamente en el lugar de la inflamación y se evitan los efectos adversos en el resto del organismo.

Esta técnica se realiza tras una limpieza de la piel con un producto desinfectante. Se introduce el preparado dentro de la articulación utilizando una aguja fina.

La duración no suele ser mayor de un par de minutos.

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

Dado que existe una inflamación dentro de su articulación, se pretende frenar dicho proceso administrando un potente antiinflamatorio en el lugar exacto donde está la lesión.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos por vía general, bien oral o intramuscular es una alternativa, aunque el efecto de la misma suele ser más lento y habitualmente menos eficaz.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La inyección intraarticular de glucocorticoides suele provocar una rápida mejoría del dolor y de los signos inflamatorios articulares.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no inyección intraarticular con glucocorticoides puede prolongar en cuadro inflamatorio.

### RIESGOS FRECUENTES

Excepcionalmente se puede producir dolor en el punto de inyección o en la articulación que se resuelve espontáneamente.

Al administrarse dentro de la articulación los efectos secundarios sistémicos propios de los corticoides como son la retención hidrosalina, descompensación de la diabetes, nerviosismo, aunque puede suceder, son generalmente de poca repercusión.

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

*La complicación más grave*, aunque muy rara, es la infección local.

*Otros efectos más raros*: necrosis aséptica, osteoporosis regional, atrofia del tejido subcutáneo que rodea al punto de inyección.

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

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:.....  
.....

**CONTRAINDICACIONES**

Este procedimiento está contraindicado si tiene alergia a alguno de los componentes a infiltrar. También hay contraindicación relativa si está en tratamiento anticoagulante.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>DECLARO</b> 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>			
<b>DECLARO</b> 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>