

## **FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

### **SERVICIO DE ANESTESIA**

#### **1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) BLOQUEO INTRAARTICULAR DE HOMBRO, RODILLA O SACROILIACA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

##### **1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

###### **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Esta técnica consiste en introducir un medicamento (anestésico local y/o un corticoide) en una articulación. La articulación puede ser hombro, rodilla o sacroilíaca. Sirve para el tratamiento del dolor crónico articular. Se utiliza también como técnica de diagnóstico, para localizar el origen del dolor.

###### **CÓMO SE REALIZA:**

Se realiza con anestesia local. Con una jeringa y aguja se entra en el interior de la articulación y se administra el fármaco: anestésico local de efecto pasajero (para localizar el origen del dolor) o corticoide con efecto de mayor duración (para tratamiento del dolor). Para la articulación sacroilíaca, que es una articulación grande situada al final de la columna, entre el sacro y los huesos de la pelvis, se emplean agujas más largas y un aparato de rayos X para localizar el lugar de inyección.

###### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

La técnica suele ser muy poco dolorosa.

###### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Control del dolor y disminución del consumo de analgésicos.

###### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Depende de cada caso particular: se puede tratar con analgésicos (pastillas) a dosis elevadas; o bien aplicar estimulación eléctrica transcutánea (TENS) o iontoforesis, que consiste en aplicar medicamentos a través de un parche con estímulos eléctricos.

En su caso:

###### **QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

De forma excepcional, puede suceder penetración en otras estructuras de la zona, que dado el poco calibre de las agujas utilizadas, no reviste gravedad.

###### **• LOS MÁS FRECUENTES:**

- Molestias locales en el lugar de punción que ceder en pocas horas con analgésicos habituales.
- Hematoma en la zona de punción.
- Sensación de mareo o desvanecimiento que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.)

###### **• LOS MÁS GRAVES:**

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:



**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

En las siguientes situaciones NO debe realizarse esta intervención:

- Alergia conocida y/o reacción adversa previa a los fármacos a administrar.
- Infección del lugar de punción.
- Estados infecciosos (sépticos) con fiebre alta y malestar general.
- Trastornos de la coagulación de la sangre.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.

Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)**

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DNI / NIE \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL

DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### 2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

### 2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención.

Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

### 2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: