

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### BLOQUEIG DEL MALUC

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

#### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient el bloqueig de maluc.

#### EN QUÈ CONSISTEIX EL BLOQUEIG DEL MALUC

Aquesta tècnica consisteix en la infiltració d'un medicament (anestèsic local o un corticoide) en l'articulació del maluc utilitzant una agulla llarga requereix raigs X per localitzar l'articulació. S'empra per tractar dolors de caràcter mecànic generalment provocats per l'artrosi. És una tècnica una mica molesta, i es realitza en uns 10-15 minuts emprant una mica d'anestèsia local. El bloqueig pot ser diagnòstic amb anestèsic local i efecte passatger (per localitzar l'origen del dolor) o terapèutic amb un esteroide i de major durada (per al tractament del dolor). Es realitza estirat panxa amunt i la durada és d'uns cinc minuts.

No es recomana, en general, l'ús repetit de corticoides intraarticulars, per la qual cosa han d'espaiar-se les infiltracions.

#### RISCOS TÍPICS

Les complicacions més freqüents que poden aparèixer són:

- *Molèsties locals* en el lloc de la punció. Cedeixen en poques hores amb analgèsics convencionals.
- *Síncope vasovagal*. És un "mareig" que solen patir certes persones davant de determinades situacions (anàlisi, visió de sang, dolor, etc.) S'acompanya de sensació de calor, suor i esvaïment. Ha d'avisar si nota aquests símptomes. No és greu i cedeix amb atropina (que es pot administrar de forma preventiva).

Existeixen altres complicacions molt poc freqüents, com és la infecció de l'articulació, que poden requerir l'ús d'antibiòtics intraarticulars i fer augmentar el dolor inicial.

### **RISCOS PERSONALITZATS**

Aquests riscos estan relacionats amb l'estat de salut previ del pacient, i els més significatius són:

.....  
.....  
.....  
.....

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

Per raons d'organització és possible que l'anestesiòleg que el visita i el que practicarà l'anestèsia no sigui el mateix. En el cas en que durant el procediment sorgeixi alguna situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo el Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui practicat un bloqueig del maluc.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... de 20.....

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització del bloqueig de maluc.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....