

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT BLOQUEIG INTRAARTICULAR DE L'ESPATLLA

..... 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 dede
(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 intraarticular de l'espatlla.

EN QUÈ CONSISTEIX EL BLOQUEIG DE L'ESPATLLA

Aquesta tècnica consisteix en la infiltració d'un medicament (anestèsic local o un corticoide) en l'articulació de l'espatlla utilitzant una agulla. S'empra per tractar dolors de caràcter mecànic generalment provocats per l'artrosi. És una tècnica poc dolorosa, i es realitza en uns 5-10 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 tractament del dolor).

No es recomana, en general, l'ús repetit de corticoides intraarticulars, per la qual cosa, s'han d'espaiarles infiltracions.

RISCOS TÍPICS

Les complicacions més freqüents que poden aparèixer són:

- *Molèsties locals* en el lloc de punció. Cedeixen en poques hores amb analgèsics convencionals.
- *Síncope vasovagal*. És un "mareig" que solen patir certes persones davant 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 pot requerir l'ús d'antibiòtics intraarticulars, i augmenta 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 meua 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 meua 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 de l'espatlla.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la realització del bloqueig de l'espatlla.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....