

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. FISIOTERAPIA INVASIVA

1. Identificación y descripción del procedimiento

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al fisioterapeuta. Simplemente representa un esfuerzo para que usted conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho tratamiento.

La intervención terapéutica es un tratamiento de fisioterapia mediante FISIOTERAPIA INVASIVA aplicada de forma ecoguiada. Esta intervención puede combinar tres técnicas de Fisioterapia Invasiva diferentes durante el tratamiento que se detallan a continuación:

- La ELECTROLISIS PERCUTÁNEA MUSCULOESQUELÉTICA (EPI) consiste en la aplicación de una corriente galvánica a través de una aguja de punción en el área de lesión.
- La NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA ECOGUIADA (NMP) consiste en la aplicación de una corriente de baja frecuencia a través de una aguja de punción en el área de lesión.
- La PUNCIÓN SECA (PS) consiste en la aplicación de estímulo mecánico a través de una aguja de punción en el área de lesión.

El material y el aparato empleado han sido autorizados para la aplicación percutánea y su uso en Fisioterapia, y ostenta la marca CE y número de registro sanitario correspondiente.

Que toda intervención terapéutica de Fisioterapia, tanto por la técnica como por la situación vital de cada paciente (osteoporosis, artrosis, prótesis, embarazos, problemas endocrinos, problemas vasculares, infecciosos, tumores o malformaciones congénitas, cardiopatía, marcapasos, etc.) lleva implícita una serie de implicaciones comunes y potencialmente serias. Que la técnica será aplicada tras valoración y diagnóstico preciso por parte del profesional competente.

2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo de la ELECTROLISIS PERCUTÁNEA es activar un proceso de reparación-regeneración del tejido dañado a partir de una respuesta inflamatoria controlada.

El objetivo de la NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA ECOGUIADA es producir la administración de una corriente eléctrica directamente en los tejidos profundos, con la finalidad de estimular a las fibras aferentes gruesas (fibras sensitivas) en las localizaciones próximas a la patología origen del dolor con el fin de aliviarlo.

El objetivo de la PUNCIÓN SECA es activar un proceso de reparación-regeneración del tejido dañado a partir de una respuesta de espasmo local.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso. No obstante, puede solicitar otras terapias alternativas más conservadoras.

4. Riesgos frecuentes

5. Riesgos y complicaciones comunes a cualquier tratamiento de fisioterapia invasiva, entre otras, aparición de leve sangrado, hematoma, leve aumento del dolor que remitirán generalmente en poco tiempo sin necesidad de ser tratados.

6. Riesgos poco frecuentes

Riesgos y complicaciones específicas de esta intervención que me han sido explicadas y que asumo y acepto (disminución de la movilidad articular, lesión vascular, lesión nerviosa, lesión musculoesquelética, reacciones neurovegetativas, shock vasovagal

(mareos, náuseas, vómitos, disminución de la tensión arterial, etc.) quemadura en la piel, otras).

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son: en su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente _____

Edad _____ Domicilio _____

Población _____ CP _____ País _____ DNI _____

D/Doña _____ de _____ años de edad,
con domicilio en _____ población _____

En calidad de (representante legal, familiar, alegado) DNI _____

Declaro que el Fisioterapeuta _____ con número de colegiado _____ me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación, la realización de una FISIOTERAPIA INVASIVA. Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento propuesto.

ME COMPROMETO a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del fisioterapeuta para antes, durante y después de la intervención antes mencionada. Quedando bajo mi responsabilidad las medidas recomendadas por el profesional. DOY FE de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

En tales condiciones CONSIENTO en que me sea realizado el procedimiento propuesto.

Fecha:

Firmas:

Fisioterapeuta

Paciente o representante

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado. Firmas:

Fisioterapeuta

Paciente o representante