

CONSENTIMENT INFORMAT PER A L'ELECTRÒLISI PERCUTÀNIA

El propòsit no és alarmar-lo ni alliberar de responsabilitat el fisioterapeuta que l'atén. Només representa un esforç perquè vostè, a partir d'aquesta informació, pugui prendre la decisió, lliure i voluntària, d'autoritzar o refusar aquest procediment.

Vostè ha de ser coneixedor del fet que és d'obligatori compliment, per part del fisioterapeuta, d'informar-lo i sol·licitar la seva autorització.

BREU EXPLICACIÓ DE LA INTERVENCIÓ:

1. Que la intervenció terapèutica és un tractament de fisioteràpia mitjançant **ELECTRÒLISI PERCUTÀNIA**, aplicat de manera **ecoguiada**.
2. La tècnica és realitzada per fisioterapeutes formats específicament per aplicar-la, que disposen de la titulació que ho acredita. La tècnica serà aplicada després de fer una valoració i diagnòstic de fisioteràpia precís.
3. L'**ELECTRÒLISI PERCUTÀNIA** consisteix en l'aplicació d'un corrent galvànic a través d'una agulla a l'àrea de la lesió.
4. L'objectiu de l'**ELECTRÒLISI PERCUTÀNIA** és el d'activar un procés de reparació-regeneració del teixit malmès a partir d'una resposta inflamatòria controlada.
5. El material i l'aparell emprat han estat autoritzats per a l'aplicació percutània i el seu ús en fisioteràpia, i ostenta la marca CE i número de registre sanitari corresponent.
6. El procediment es realitza seguint totes les mesures d'asèpsia adequades.
7. Tota intervenció terapèutica de fisioteràpia invasiva, tant pel que fa a la tècnica, com per la situació vital de cada pacient (osteoporosi, artrosi, pròtesi, embaràs, problemes endocrins, problemes vasculars, infeccions, tumors, malformacions congènites, cardiopaties, marcapassos...), du implícita tot un seguit de complicacions o riscos comuns i potencialment seriosos.
 - Complicacions o riscos comuns a qualsevol tractament de fisioteràpia invasiva, entre d'altres l'aparició de lleu sagnat, hematoma o lleu augment del dolor, que remetran, generalment, en poc temps sense necessitat de ser tractats.
 - En el cas de procediments al tòrax es podria donar un pneumotòrax de manera ocasional i accidental.
 - Riscos i complicacions específiques d'aquesta intervenció que m'han estat explicats i que assumeixo i accepto (disminució de la mobilitat articular, lesió vascular, lesió nerviosa, lesió musculotendinosa, reaccions neurovegetatives, xoc vasovagal -marejos, nàusees, vòmits, disminució de la tensió arterial, etc.-, cremades a la pell i altres).

El/la Sr./a. _____ de ____ anys d'edat, amb DNI _____ i resident a _____ CP _____.

DECLARA:

Que amb la signatura del present document **AUTORITZO** el fisioterapeuta _____ amb número de col·legiat _____, a realitzar-me el tractament d'**ELECTRÒLISI PERCUTÀNIA**.

Em **COMPROMETO** a seguir fidelment, en la mesura de les meves possibilitats, les instruccions del fisioterapeuta abans, durant i després de la intervenció anteriorment mencionada. Resten sota la meua responsabilitat el compliment de les mesures recomanades pel professional.

DONO FE de no haver amagat o alterat dades a l'exposar el meu historial i antecedents clinicoquirúrgics, especialment els referits a al·lèrgies i malalties, així com possibles riscos personals.

He entès les explicacions que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill i el professional que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

També comprenc que, en qualsevol moment, i sense necessitat de donar cap mena d'explicació, puc revocar el consentiment que ara dono. Manifesto que estic satisfet/a amb la informació rebuda i comprenc la importància i els riscos del tractament i, sota aquestes condicions, signo el present document de consentiment.

EL/LA FISIOTERAPEUTA

EL/LA PACIENT o REPRESENTANT LEGAL

_____, _____, de _____ de 20_____.