



CONSENTIMENT INFORMAT DEL TRACTAMENT AMB INFILTRACIONS PERI O INTRAARTICULAR

A més de la informació oral i escrita que li ha facilitat el seu metge de família sobre la seva malaltia, vostè ha de saber que el propòsit principal dels detalls reflectits a continuació, és que conegui el procediment a què serà sotmès, les possibles complicacions i les alternatives terapèutiques al tractament indicat pel seu metge.

Llegiu atentament el document que li hem facilitat i consulti el seu metge tots els dubtes tingui.

Vostè o el seu representat legal haurà de signar aquest consentiment per poder dur a terme la tècnica d'infiltració recomanada. La lesió objecte de la infiltració pot tractar-se amb medicació antiinflamatòria, repòs relatiu o amb mesures fisioterapèutiques.

Declaro que he estat informat pel

.....
dels possibles riscos de la infiltració a realitzar i que m'han informat de les tècniques alternatives. Estic satisfet amb la informació rebuda. Ha pogut formular totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes que he plantejat.

Igualment declaro que, encara que gairebé sempre els resultats d'aquesta tècnica són els desitjats, en cap moment se m'han garantit. Essent conscient de tot el que he declarat, dono el meu consentiment perquè se'm realitzi la infiltració.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES PERI O INTRAARTICULARES

Además de la información oral y escrita que le ha facilitado su médico de familia sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles reflejados a continuación, es que conozca el procedimiento al que será sometido, las posibles complicaciones y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su médico.

Lea atentamente el documento que le hemos facilitado y consulte a su médico todas las dudas tenga.

Usted o su representante legal deberá firmar este consentimiento para poder llevar a cabo la técnica de infiltración recomendada. La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria, reposo relativo o con medidas fisioterapéuticas.

Declaro que he sido informado por el Dr.

.....
de los posibles riesgos de la infiltración a realizar y que me han informado de las técnicas alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida. Ha podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas que he planteado.

Igualmente declaro que, aunque casi siempre los resultados de esta técnica son los deseados, en ningún momento se me han garantizado. Siendo consciente de todo lo que he declarado, doy mi consentimiento para que se me realice la infiltración.

Pacient

Nom i Cognoms:

DNI: Signatura

Metge

Nom i Cognoms:

DNI: Signatura