

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Sepa usted que es norma de obligado cumplimiento por dicho fisioterapeuta que le atiende, informarle y solicitar su autorización siempre que la urgencia lo permita.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON ELECTROLISIS PERCUTÁNEA TERAPÉUTICA

¿Qué es EPTE®?

Es un sistema que permite aplicar una técnica de Fisioterapia para el tratamiento de tendinosis, comúnmente llamada tendinitis crónica, y para roturas fibrilares, a través de la electrolisis percutánea

La electrolisis percutánea consiste en la aplicación de una corriente galvánica a través de una aguja de acupuntura (estéril y desechable) para acceder al tejido blando dañado, sin que el tejido sano se vea afectado, y así recuperarlo rápidamente.

Se establece una pauta de una sesión semanal. Durante este periodo se pautaran unos ejercicios pasadas las primeras 48 horas.

La técnica será realizada tras valoración por parte de un profesional colegiado y formado para poder aplicarla con plenas garantías.

¿Puede tener efectos secundarios o alguna complicación al ser tratado con esta técnica?

Toda intervención terapéutica fisioterápica, tanto por la propia técnica como por la situación vital de cada paciente lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias

- Disminución de la movilidad
- Lesión nerviosa
- Lesión musculotendinosa
- Hematomas.
- Dolor
- Reacciones neurovegetativas (náuseas, vómitos, disminución tensión arterial)

Contraindicaciones de la electrólisis

- Embarazo
- Cardiopatías
- Osteosíntesis
- Fibromialgia
- Psoriasis en placas
- Sinovitis infecciosa
- Osteoporosis severa
- Pacientes oncológicos.

DECLARO:

Que he sido informado de los riesgos del tratamiento (no he omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias u otros riesgos personales), que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento:

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del fisioterapeuta

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Número de colegiado:

Nombre del representante legal en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Firma:
DNI.....

REVOCACIÓN

He decidido revocar mi anterior autorización y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Fecha y firma:

DNI.....