

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
TRATAMIENTO DE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM)

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA FISIOTERAPIA
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE Esta técnica de bloqueo consiste en introducir un medicamento (un anestésico local o un corticoide) o incluso a veces se emplea la punción seca (pinchar con una aguja sin introducir ningún medicamento o con suero fisiológico en unos puntos cuya palpación produce dolor muscular (puntos gatillo). Normalmente se establece una pauta de una sesión semanal hasta un máximo de 6 sesiones.	
CÓMO SE REALIZA: -	
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: <ul style="list-style-type: none">- Alivio del dolor.	
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: <ul style="list-style-type: none">- Disminución del dolor temporalmente o de forma más prolongada.- Disminución del consumo de analgésicos.	

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: Si usted decide no someterse al tratamiento de los puntos gatillo miofasciales (PGM) como alternativa, puede: <ul style="list-style-type: none">– Estiramientos, masajes, presión en la zona...– Tratamiento analgésico en dosis mas elevadas.– Estimulación eléctrica transcutánea (TENS).– Acupuntura. En su caso:	
QUÉ RIESGOS TIENE <ul style="list-style-type: none">• LOS MÁS FRECUENTES:<ul style="list-style-type: none">– Molestias locales en el lugar de punción, que ceden en pocas horas con analgésicos habituales.– Mareo. Suele darse en algunas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Produce sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Aunque no es grave, debe avisarnos si nota estos síntomas.– En el bloqueo del músculo piramidal existe el riesgo del bloqueo de nervio ciático y parálisis de la pierna, se puede prolongar durante unas horas y después desaparece.• LOS MÁS GRAVES:<ul style="list-style-type: none">– Neumotórax (entrada de aire en la cavidad de los pulmones).– Reacciones alérgicas severas que pueden provocar para cardiorrespiratorio. LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:	

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: <ul style="list-style-type: none">- Hipersensibilidad a los fármacos a usar.- Infección del lugar de punción.- Estados sépticos.- Trastornos de la coagulación de la sangre (toma de sintrom o aspirina).	
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): <p>Aparte de los detalles médicos generales, es importante que usted informe a su médico de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Si ha tenido alguna vez desmayos, vértigos o convulsiones.- Si tiene marcapasos y otros implantes metálicos o equipos eléctricos.- Si tiene una alteración de la coagulación.- Si tiene alergias.- Si esta tomando anticoagulantes o cualquier otra medicación.- Si tiene algún daño en las válvulas del corazón o riesgos particulares de infección.- Si estas embarazada.	
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: <ul style="list-style-type: none">- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la mismo no contempladas inicialmente.- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESCRITO
TRATAMIENTO DE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES
(PGM)**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
TRATAMIENTO DE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM)**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
--	---------------------------------

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
--	---------------------------------

2.3	CONSENTIMIENTO
------------	-----------------------

Yo, D/Dña., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar las sesiones de fisioterapia, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud.

SÍ NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ NO

NOTA: Márquese con una cruz.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:



CENTRO SANITARIO Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	SERVICIO DE FISIOTERAPIA
--	---------------------------------

2.4	RECHAZO DE LAS SESIONES DE FISIOTERAPIA
<p>Yo, D/Dña., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p> <p>Ena.....de.....de.....</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: Fdo.:</p>	

2.4	REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
<p>Yo, D/Dña., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.</p> <p>Ena.....de.....de.....</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: Fdo.:</p>	

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Parejo y Cañero, S.L. que en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados en nuestros ficheros, cuya finalidad principal es la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria o proceso clínico. Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro situado en C/Cuesta del Molino nº48, 14500 Puente Genil (Córdoba) o mediante envío de un correo electrónico a proteccion.datos@clinicapyc.com, adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo.