

# CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. ECOGRAFIA ARTICULAR CON PUNCIÓN

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

**¿En qué consiste?** Es una técnica diagnóstica, que utiliza los ultrasonidos para ayudarse en la introducción de contraste intraarticular.

**¿Cómo se realiza?** El paciente permanecerá tumbado o sentado. La duración de la prueba es variable, en función de la extensión de la zona explorada, La prueba consiste en la inyección intraarticular de un contraste específico (paramagnético). Se efectúa en un campo estéril con aguja fina, siendo necesario en ocasiones la inyección de anestésico local. La inyección se efectuar guiada por ecografía. Una vez realizada la inyección se realiza la Resonancia Magnética de la articulación.

## ¿Qué molestias puede provocar? ¿Qué riesgos puede ocasionar?

Las complicaciones de estas técnicas son muy poco frecuentes, la complicación más frecuente.

- Puede aparecer dolor articular de varios días de duración que mejora con analgésico habitual.
- Al inyectar puede producir una inyección extraarticular, que en general no requiere tratamiento.
- En casos aislados se puede producir un hematoma que se resuelve con compresión local.
- La infección de la articular (artritis séptica) es muy rara ya que se utiliza la máxima asepsia y todo el material es estéril.
- En muy raras ocasiones puede producir reacciones adversas al contraste y/o al anestésico local que necesiten tratamiento, siendo excepcional que sean severas.
- Existe, aunque raro el riesgo que se produzcan lesiones extraarticulares (vasculares, neurológicas, etc...)

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

## PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)

## PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

## ECOGRAFIA ARTICULAR CON PUNCIÓN

### DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

Consulta de resultados [resona.resultados@resona.es](mailto:resona.resultados@resona.es)

Visite nuestra WEB: [www.resona.es](http://www.resona.es)

# ECOGRAFIA ARTICULAR CON PUNCIÓN



Toda la información que pueda aportarnos será muy útil, para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional, no dude en hacérselo saber a nuestro personal técnico.

## INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA:

- ¿Padece alguna alergia? En caso afirmativo, indique cual. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando medicación anticoagulante o antiagregante (sintrom, clopidogrel, aspirina, heparina)? \_\_\_\_\_
- ¿Sufre enfermedad cardiopulmonar? \_\_\_\_\_
- ¿Está siguiendo algún tratamiento con medicación? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué medicación? \_\_\_\_\_

El abajo firmante declara que, los datos que ha consignado son ciertos y que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre la prueba que se va a realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales y de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autoriza a RESONA el uso de las imágenes de sus estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** \_\_\_\_\_ **DNI.** \_\_\_\_\_  
o REPRESENTANTE LEGAL

Firma del Paciente o Representante Legal:

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

### Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

### DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ . AUTORIZO a D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma de la persona que recoge el estudio \_\_\_\_\_