

1 Effectiveness of high-intensity and low-intensity percutaneous electrolysis
2 with same charge for pain management in patients with Patellofemoral Pain
3 Syndrome: A pilot study”

4 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

10 AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON ELECTROLISIS PERCUTÁNEA
11 TERAPÉUTICA / PUNCIÓN SECA

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

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

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

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

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

24 • Disminución de la movilidad

- 25 • • Lesión nerviosa
- 26 • • Lesión musculotendinosa
- 27 • • Hematomas.
- 28 • • Dolor
- 29 • • Reacciones neurovegetativas (náuseas, vomitos, disminución tensión arterial)

30 Contraindicaciones de la electrolisis

- 31 • • Embarazo
- 32 • • Cardiopatías
- 33 • • Osteosíntesis
- 34 • • Fibromialgia
- 35 • • Psoriasis en placas
- 36 • • Sinovitis infecciosa
- 37 • • Osteoporosis severa

38 • • Pacientes oncológicos.

39

40 DECLARO:

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

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

47 En consecuencia doy mi consentimiento para participar en el estudio “Effectiveness of high-
48 intensity and low-intensity percutaneous electrolysis with same charge for pain management in
49 patients with Patellofemoral Pain Syndrome: A pilot study”:

50 Nombre y firma del participante

51 Fdo.:

Fecha:

52 El investigador principal, Juan Antonio Valera Calero

53 Fdo.:

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

56 Firma: DNI.....

57 REVOCACIÓN

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

60 Fecha y firma: DNI.....

61