



## CONSENTIMIENTO INFORMADO MANIPULACIÓN ARTICULAR

D./Dña. \_\_\_\_\_ en calidad de paciente o, en su defecto, D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_, como representante y /o tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, acudo a esta consulta con diagnóstico de \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado de forma satisfactoria por el fisioterapeuta de los siguientes puntos sobre la **manipulación articular**.

La **manipulación articular**, consiste en un movimiento pasivo realizado de manera súbita a alta velocidad y pequeña amplitud. Esta se realiza más allá de los límites de la articulación y puede venir acompañada con un chasquido. Tiene como objetivo recuperar el movimiento en disfunción, mejorando así su funcionalidad y actuando sobre mecanismos de modulación del dolor que van a facilitar el movimiento indoloro. Además, va a reducir el tono y la protección muscular existente y permitir una mayor tolerancia a la lesión y una mejor nutrición y reparación.

Las **contraindicaciones** a tener en cuenta son: neoplasia, inflamación aguda, antecedente de reciente fractura (posible retardo en la consolidación), lesión cutánea abierta o procesos de cicatrización, infecciones articulares o óseas (osteomielitis infecciosa), osteopenia (osteoporosis y osteomalacia), degeneraciones articulares (artritis, artrosis, inestabilidad vertebral...), malformaciones congénitas articulares y óseas (cráneo-cervicales, espina bífida, escoliosis idiopática severa...), alteraciones cardiocirculatorias y hematológicas (arteriosclerosis, hipertensión arterial elevada, infarto de miocardio reciente...), alteraciones neurológicas (hernia o prolapso discal, mielopatías agudas...) reemplazos articulares, pérdida de estabilidad esquelética o ligamentosa (roturas), embarazo, enfermedades psiquiátricas graves o pacientes con gran temor a la técnica y fisioterapeuta inexperto.

**Si usted se encuentra en alguna de las anteriores circunstancias, deberá comunicarlo al fisioterapeuta.**

Las **reacciones frecuentes** que puede presentar son: el paciente puede referir molestias locales en tejidos adyacentes a la articulación tratada e incluso sensación de fatiga y somnolencia que desaparecen en poco tiempo. Los **riesgos infrecuentes** que deben tenerse en cuenta son: mareo, síncope, accidente cerebrovascular (manipulación cervical), agravamiento de lesión, fractura en casos de osteoporosis grave, ciatalgia (parálisis muscular en la pierna o pie) o cervicobraquialgia (parálisis muscular en el antebrazo o mano), tetraplejía, paraplejía y síndrome de la cola de caballo.

**Si usted presenta alguna de estas reacciones deberá comunicarlo al fisioterapeuta o acudir al hospital más cercano.**

*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, informarle y solicitar su autorización siempre que la urgencia lo permita.*

**Declaro** que he sido informado de los riesgos del tratamiento por parte del fisioterapeuta y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy **satisfecho** con la información recibida (de forma verbal y por este documento escrito), he podido formular todas aquellas preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, **doy mi consentimiento**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma paciente/representante y/o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del fisioterapeuta.

Fdo: JORDI FRANCESC PASTOR SILLA

Nº de colegiado: 4.222

Firma: \_\_\_\_\_

### Revocación:

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

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_