

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A PUNTS GALLET MIOFASCIALS (PGM) AMB TÈCNICA INVASIVA "PUNCIÓ SECA"

Nom i cognoms:

Nº de Hª Clínica:

El propòsit d'aquesta informació no és alarmar-lo ni lliurar de responsabilitat al fisioterapeuta que li atén. Només representa un esforç per a que vostè conegui millor els fets i pugui prendre la decisió lliure i voluntària d'autoritzar o refusar aquest procediment.

Ha de saber que és norma d'obligat compliment per aquest fisioterapeuta informar-li i sol·licitar la seva autorització sempre que la urgència ho permeti.

### AUTORITZACIÓ DEL TRACTAMENT DE PUNTS GALLET MIOFASCIALS (PGM) AMB TÈCNICA INVASIVA- "PUNCIÓ SECA"

#### Què és un punt gallet miofascial (PGM)?

Un punt gallet miofascial (PGM), és una zona de contractura situada dintre d'una banda tensa muscular. El punt és dolorós a la compressió i pot evocar dolor referit característic d'aquest múscul.

#### En què consisteix el tractament de punts gallet miofascials amb la tècnica invasiva -"punció seca"-?

El tractament es duu a terme utilitzant una agulla d'acupuntura, amb la què, prèvia asèpsia cutània de la zona a tractar, s'incideix directament en el punt gallet miofascial (PGM), realitzant diversos abordatges sobre aquest sense arribar a treure l'agulla. S'estableix una pauta d'una sessió setmanal durant un màxim de 6 sessions. Si després de la tercera sessió no es troba cap millora, el tractament es suspendria i s'establiria com **alternativa** al mateix, pautes de fisioteràpia de tipus conservador. La tècnica en qüestió es realitzada per fisioterapeutes formats per aplicar-la amb totes les garanties i que disposen de la titulació corresponent que ho acredita.

#### Quins objectius vol assolir aquesta tècnica

L'objectiu principal d'aquesta tècnica és acabar amb aquells problemes ocasionats per patologies agudes o cròniques derivades dels punts gallet miofascials (PGM).

#### Puc patir efectes secundaris o complicacions al ser tractat amb aquesta tècnica?

Les contraindicacions són escasses, així com els perills i complicacions. La majoria de contraindicacions són relatives.

- Pel que fa a les complicacions, no existeix gaire documentació, però es podrien citar la dermatitis de contacte, l'espasme muscular o el dolor postpunció.
- Entre les contraindicacions caldria destacar: la por insuperable a las agulles, pacients tractats amb anticoagulants, immunodeprimits, linfoadenectomies i hipotiroïdisme. Punció sobre zones de la pell que presentin qualsevol tipus de ferida o cicatriu; malalties dèrmiques com la psoriasis o infeccions, màcules, o tatuatges. Problemes d'al·lèrgia als metalls (especialment al níquel). Igualment, s'evitarà la punció profunda en dones embarassades, especialment durant els 3 primers mesos de l'embaràs, i després d'aquest període, sempre i quen la zona a tractar pugui afectar al fetus. Per altra banda, tot i que no és pròpiament una contraindicació, s'aconsella

deixar passar 24 hores després del tractament abans de prendre el bany en una piscina o banys públics, i no indicar el tractament en persones que presentin problemes de dolor crònic generalitzat tipus fibromiàlgia, si anteriorment ja s'ha utilitzat la tècnica sense bons resultats.

- Els perills són limitats, la probabilitat de que es produeixin escassa i resulten majoritàriament evitables si es prenen les precaucions adients: pneumotòrax, lesió nerviosa, síncope vasovagal, mioedema, hemorràgia i risc d'infecció del fisioterapeuta per punció accidental amb agulla contaminada.

### RISCOS PERSONALITZATS

Aquestos riscos estan relacionats amb l'estat de salut previ del pacient i els més significatius són:

.....  
.....  
.....

### DECLARO:

- Que he sigut informat dels riscos del tractament, que m'han explicat les possibles alternatives i que sé que, en qualsevol moment, puc revocar el meu consentiment.
- Estic satisfet de la informació rebuda, he pogut formular totes les preguntes que he cregut convenients i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.
- En conseqüència dono el meu consentiment.

**Nom i signatura el pacient**

**Nom i signatura del fisioterapeuta**

**Data:**.....

**Signat:** .....

**D:**.....

**Número de col·legiat:** .....

Nom del representant legal en cas d'incapacitat o minoria d'edat del pacient amb indicació del caràcter amb el qual intervé (pare, mare, tutor, etc.)

**Signatura:** ..... **D.N.I.**.....

### REVOCACIÓ

He decidit revocar la meua anterior autorització i no desitjo continuar amb el tractament que dono amb aquesta data finalitzat.

**Signatura:** ..... **D.N.I.**.....

**Data:** .....