

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

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		SERVICIO DE	
HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ		ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) PUNCION LUMBAR		
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted 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. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>			
1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:			
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:			
<p>Es una punción, que se efectúa mediante un aguja larga y muy fina, destinada a extraer un poco del líquido que rodea al cerebro y a la médula espinal, llamado líquido cefalorraquídeo (LCR). Se hace en el centro de la espalda, a la altura de la columna vertebral, normalmente con el paciente tumbado sobre uno de los lados del cuerpo. La utilidad de la punción lumbar es muy grande pues en los casos de infección cerebral o meníngea (encefalitis, meningitis) nos permite analizar el LCR y medir su presión, con el objetivo de indicar el mejor tratamiento posible.</p>			
CÓMO SE REALIZA:			
<p>Es importante que el paciente colabore, colocándose en la posición que le indicaremos y no moviéndose hasta el final de la punción. La aguja se introduce poco a poco, hasta que empieza a salir el líquido. A veces es necesario efectuar más de una punción hasta conseguir alcanzar el espacio donde se encuentra el LCR. La duración total de la punción lumbar suele ser de entre 5 y 15 minutos.</p>			
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:			
<p>Podrá notar molestias dolorosas, generalmente leves en el momento de la punción, que desaparecerán posteriormente. En ocasiones, por bien que se efectúe la punción, después de la misma aparece dolor de cabeza que empeora al ponerse de pie y que puede durar hasta una semana.</p>			



EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Gracias a la punción lumbar podremos diagnosticar (junto con otras pruebas y análisis) la causa de la enfermedad del paciente y administrarle el mejor tratamiento existente.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En su caso esta técnica es la única útil para su diagnóstico y/o su tratamiento. Dado que la punción lumbar puede producir complicaciones (ver más adelante), solo la hacemos cuando no queda más remedio y tomando todas las precauciones posibles.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ</p>	<p>SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS</p>
<p>QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Molestias dolorosas leves en el momento de la punción. • Hematoma (cardenal) en el sitio de la punción. • Dolor de cabeza en los días siguientes a la punción. • LOS MÁS GRAVES: Suelen ser poco frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis de nervios craneales. • Infecciones meníngeas debidas a la punción. <p>Empeoramiento de la enfermedad e incluso muerte, si se produce una complicación llamada herniación uncal o tonsilar. El riesgo de esta complicación es prácticamente inexistente, pues se debe a la existencia de un tumor o absceso del cerebro, lo que normalmente hemos descartado haciendo previamente un TAC de la cabeza.</p> • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Si tiene algún problema médico relacionado con la coagulación de la sangre o toma alguna medicación que afecte a la misma, puede ser necesario retrasar este procedimiento hasta normalizar la coagulación. No siempre es posible extraer el LCR, siendo más dificultoso cuanto mayor sea el grado de obesidad del enfermo y más sencillo cuanto más relajado esté.</p>	

001530

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- 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 misma 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 usaran 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 videos. 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 su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
1.2	IMÁGENES EXPLICATIVAS
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.	

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ		SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
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

2.3	CONSENTIMIENTO		
Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.			
NOTA: Márquese con una cruz.			
En _____		a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE		EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)	
Fdo.:		Fdo.:	

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ	SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
---	---

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN
<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>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>

2.5 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>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>

001530