

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 (*) TORACOCENTESIS o PUNCIÓN PLEURAL		
<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 la punción del espacio que hay entre la pared del pecho y los pulmones, con objeto de extraer líquido pleural (también llamado derrame pleural) para analizarlo y diagnosticar el motivo por el que se forma este líquido, que siempre es anormal (toracocentesis diagnóstica). En otras ocasiones la toracocentesis se hace simplemente para sacar una importante cantidad de derrame, para mejorar la dificultad respiratoria del paciente (toracocentesis evacuadora). Más rara vez se aprovecha la toracocentesis para inyectar en la cavidad pleural algún medicamento destinado a que no se forme más líquido.</p>			
CÓMO SE REALIZA:			
<p>Se realiza con anestesia local y se requiere su total colaboración. Se le puncionará con una aguja especial en la zona del pecho donde haya más líquido acumulado (habitualmente por detrás o por el lado). En ocasiones, antes de hacer la toracocentesis inyectamos al paciente una pequeña dosis de un medicamento llamado atropina para disminuir la posibilidad de que la tensión arterial del paciente baje durante la punción y le entren mareos. En total la toracocentesis dura unos 10-15 minutos como mucho, salvo que hay que extraer mucho líquido, en cuyo caso puede prolongarse algo más. Algunas veces es necesario hacer una ecografía del torax para decidir el mejor sitio donde pinchar.</p>			
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:			
<p>Podrá notar molestias dolorosas leves en el momento de la punción , que desaparecerán posteriormente.</p>			



EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Gracias a la toracocentesis podremos diagnosticar (junto con otras pruebas y análisis) la causa del derrame pleural y/o mejorar la respiración del paciente.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En su caso esta técnica es la única útil para su diagnóstico y/o su tratamiento.

<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. • LOS MÁS GRAVES: Suelen ser poco frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Neumotórax (entrada de aire en la cavidad pleural del pulmón) por punción accidental, que puede requerir la colocación de un tubo en la pleura para retirar el aire acumulado. • Hemorragia por punción de un vaso sanguíneo. • Mareo y desvanecimiento en caso de síncope vaso-vagal (lipotimia) que se previene o se trata con atropina • 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 derrame pleural, incluso contando con ayuda ecográfica.</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</p>	
<p>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</p>	

001530

- 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