

**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.

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</b>		<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>	
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE CORTICOIDES PARA EL TRAMIENTO DE LA OFTALMOPATÍA TIROIDEA</b>		
<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><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> 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>			
<b>1.1   LO QUE USTED DEBE SABER:</b>			
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b></p> <p>CONSISTE EN ADMINISTRAR METILPREDNISOLONA DILUIDA EN SUERO FISIOLÓGICO POR VÍA INTRAVENOSA A LO LARGO DE UN TIEMPO DETERMINADO (60 A 90 MINUTOS), EN UN NUMERO DETERMINADO DE SESIONES</p> <p>SIRVE PARA MEJORAR LA SINTOMATOLOGÍA DE LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES ACTIVA</p>			
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>SE CANALIZA UNA VÍA PERIFÉRICA POR LA QUE SE ADMINISTRA LA MEDICACIÓN. SE CONTROLA TENSIÓN ARTERIAL ANTES, DURANTE Y UNA VEZ FINALIZADA LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO</p>			
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p>			
<p><b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b></p> <p>MEJORAR Y EVITAR EMPEORAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES ACTIVA</p>			



**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**  
ADMINISTRACIÓN DE LOS CORTICOIDES POR VÍA ORAL

**CENTRO SANITARIO  
HOSPITAL DE JEREZ**

**SERVICIO DE  
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

**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.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

SE PUEDE PRODUCIR HEMATOMA EN ZONA DE PUNCIÓN, ELEVACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL, EDEMAS, MOLESTIAS GASTROINTESTINALES, HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES SIN DIABETES CONOCIDA O DESCOMPENSACIÓN DE DIABETES PREVIA (QUE PUEDE PRECISAR INSULINA PARA SU CONTROL).

- **LOS MÁS GRAVES:**

RIESGOS POCOS FRECUENTES: CONVULSIONES, PSICOSIS, LESIONES EN LOS OJOS, AUMENTO DEL RIESGO DE INFECCIÓN, ÚLCERAS GÁSTRICAS O DUODENALES.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Es necesario advertir por parte del paciente de sus posibles alergias medicamentosas, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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

El personal de la Unidad que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.

**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.

001530

Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</b>	<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>
<b>1.2   IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>	
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.	

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</b>		<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>	
<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>		
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE</b> (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	

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
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

<b>2.3</b>	<b>CONSENTIMIENTO</b>
<p>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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</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

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</b>	<b>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</b>
---	---

<b>2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN</b>
<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>

<b>2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>
<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