

FORMULACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESCRITO

Orden de **8 de Julio de 2009** (BOJA nº **152** de fecha **06/08/2009**) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario de Andalucía, en relación al Consentimiento Informado.

HOSPITAL DE JEREZ	UGC DE ONCOLOGIA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA QUIMIOTERAPIA
<p>Este documento sirve para que usted, o quien le represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. 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:	
<p>EN QUÉ CONSISTE, PARA QUÉ SIRVE: consiste en la administración de varios medicamentos, bien por vía intravenosa, intramuscular oral o intratecal, en diferentes ciclos repetidos durante varios meses.</p> <p>El motivo que lo hace necesario es que estoy diagnosticado de</p> <p>Y los médicos que me atienden consideran conveniente recibir quimioterapia para el tratamiento de esta enfermedad, ya que los beneficios que se pueden obtener de ella, son mayores que los posibles inconvenientes.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: el tratamiento, de ser parenteral, lo recibirá bien en la Unidad de Día de Oncología, o bien en nuestra planta de hospitalización. La vía intravenosa, que es la más frecuente, consiste en la administración mediante diferentes sistemas de sueros del medicamento en cuestión, lo cual puede durar desde pocos minutos hasta varias horas. Su administración se repetirá en ciclos de varios días que variará en función del tipo de tratamiento. De ser oral, podrá tomarlo en su domicilio como cualquier otro medicamento.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: como todos los medicamentos, puede sufrir efectos adversos. Entre los más frecuentes se encuentran los trastornos digestivos (vómitos, diarreas, inflamación de mucosas o mucositis, estreñimiento...), toxicidad hepática, trastornos hematopoyéticos como disminución de glóbulos rojos o anemia, de glóbulos blancos o leucopenia o de plaquetas o trombocitopenia, que pueden causar infecciones, cansancio y hemorragias. También puede sufrir trastornos urogenitales como alteraciones de la menstruación, infertilidad, alteraciones de la libido, insuficiencia renal, trastornos del sistema nervioso como cefaleas, mareos, confusión, parestesias, ataxias, convulsiones, aracnoiditis química y leucoencefalopatía, trastornos dérmicos como caída del pelo, reacciones de la piel, alteraciones de las uñas, prurito, ulceraciones por extravasación del fármaco, trastornos cardiorrespiratorios como insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar y otros efectos como osteoporosis, malestar general, algias osteoarticulares, conjuntivitis, alteraciones olfatorias y gustativas, falta de apetito y anafilaxia.</p> <p>Es posible que debido a esas complicaciones, sea necesaria la administración de antibióticos a dosis altas, antifúngicos y sangre o productos derivados de ella.</p> <p>Generalmente las complicaciones suelen ser leves y transitorias pero, en algunas ocasiones, a pesar del tratamiento pueden ser graves e incluso mortales.</p> <p>El tratamiento puede ser teratogénico y producir secuelas graves e incluso la muerte al feto si recibe el tratamiento durante el embarazo, por lo que ha de consultar con el médico si está o tiene la sospecha de estar embarazada. Tomará medidas anticonceptivas si está en edad fértil.</p> <p>Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta sus circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencia, etc.) son:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la quimioterapia se reduzcan al mínimo.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: la finalidad del tratamiento será la de hacer menos probable la recaída de la enfermedad o disminuir la progresión de ésta en caso de presentarla de forma activa. Por ello, con este tratamiento se beneficiará en el aumento del tiempo y de su calidad de vida.</p>	
<p>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: en su caso en particular, se ha considerado que es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que ha tenido la oportunidad de comentar con el médico. También se le ha informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento con quimioterapia que se le propone.</p>	

HOSPITAL DE JEREZ	UGC DE ONCOLOGIA
--------------------------	-------------------------

2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (solo en caso de incapacidad del/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 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.

SI 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 durante el curso de intervención

SI NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación Relacionadas directamente con la enfermedad que padezco.

SI 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.

SI NO Autorizo el acceso a sus datos clínico-asistenciales para incluirlos en un fichero/registro con fines clínicos y científicos. Sus datos serán objeto de un tratamiento disociado, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Dicho fichero/registro será de uso exclusivo de la UGC de Oncología del hospital de Jerez, la cual se compromete al estricto cumplimiento de la **Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos Personales**

SI NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

NOTA: Márquese con una cruz,

En Jerez a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad de el/la paciente)

Fdo.:

Fdo: