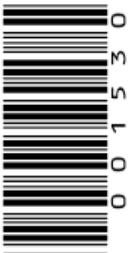


FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

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.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL LA INMACULADA</p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</p>
<p>1 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR.</p>	
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo 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>	
<p>1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:</p>	
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: El líquido cefalorraquídeo (LCR) se encuentra rodeando al cerebro y a la médula espinal, por lo que se altera en muchos procesos patológicos que afectan a estos. Este líquido fluye a través del cráneo y la columna vertebral en el espacio subaracnoideo que es el área localizada dentro de la membrana aracnoidea. La punción lumbar consiste en la extracción de una muestra de LCR mediante la punción con una aguja en la columna lumbar; su estudio es útil para el estudio de enfermedades neurológicas como Meningitis, Hemorragia subaracnoidea, etc.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: Tras colocar al paciente tumbado de lado o sentado, se localiza un espacio entre dos vértebras en la región lumbar (generalmente L3-L4), se infiltra anestesia local y se punciona con una aguja la piel profundizando poco a poco hasta obtener líquido cefalorraquídeo, posteriormente se retira la aguja.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Notará un pinchazo en la zona de la punción lumbar. Tras su realización en algunos casos puede producir cefalea.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Su Médico obtendrá información relevante sobre su proceso de salud.</p>	



OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Ninguna.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL LA INMACULADA</p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</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"> - Cefalea postpunción lumbar, complicación frecuente (para evitarlo se aconseja permanecer tumbado durante varias horas y tomar abundantes líquidos). - Sensación de descarga eléctrica hacia la pierna al contacto con raíz nerviosa, de carácter pasajero, ya que no corta la raíz nerviosa, tan solo la desplaza y en contadas ocasiones puede originar secuelas motoras o sensitivas. • LOS MÁS GRAVES: <ul style="list-style-type: none"> - Hematoma o hemorragia espinal, subdural, epidural o subaracnoideo. - Meningitis o formación de un absceso espinal o celulitis. - Infección de tejidos blandos o hematomas en el sitio de punción (más frecuente en pacientes con enfermedades hematológicas o tratados con anticoagulantes). - Reacción alérgica al anestésico local que se va a administrar que pueden ser leves con manifestaciones locales hasta muy graves con manifestaciones generales con shock (tensión arterial muy baja) y dificultad respiratoria grave que en casos excepcionales podría provocar la muerte. - Herniación cerebral (si se realiza en una persona con aumento de la presión intracraneal) y que ocasiona daño cerebral y/o muerte. - Daño a la medula espinal si el paciente se mueve durante el examen. <p>Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.</p> • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: CONTRAINDICACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la presión intracraneal debido a una masa intracraneal - Infección cutánea superficial en el punto donde se va a realizar la punción - Alteraciones de la coagulación - Tratamiento anticoagulante (Sintrom) 	
<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.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL LA INMACULADA</p>	<p>SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</p>
<p>1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS</p>	
<p>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.</p>	

CENTRO SANITARIO HOSPITAL LA INMACULADA		SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	
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		
<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>			
CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE	

001530

HOSPITAL LA INMACULADA	MEDICINA INTERNA
-------------------------------	-------------------------

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