

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 UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA</p>	<p>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR e INTERVENCIONISTA</p>
<p>1</p>	<p>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ABLACIÓN TUMORAL PERCUTÁNEA</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: Consiste en aplicar calor (en forma de RADIOFRECUENCIA, MICROONDAS ó ELECTROPORACIÓN) ó frío extremo (CRIOABLACIÓN) según sus circunstancias personales para eliminar tumores</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: Tras aplicar anestesia local a la piel por donde se va a pinchar se hace llegar una aguja gruesa hasta el centro del tumor por la que posteriormente se aplicará frío o calor suministrado por un aparato específico. Utilizaremos como guía la ecografía ó la Tomografía Computarizada para minimizar los riesgos. Ud. estará sedado o anestesiado (bajo la supervisión de un médico anestesista) durante todo el procedimiento. La duración de la intervención es, aproximadamente, de una hora y media o dos horas. A continuación podrá irse a su casa o permanecerá en el Hospital durante 24 horas.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Durante la intervención, ninguno ya que Ud. estará sedado o anestesiado. Es posible que los siguientes días de la intervención Ud. tenga molestias en la zona de punción, febrícula y náuseas.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p>	

001530

En tumores menores a 3 cm. se conseguirá su muerte en el 95% de los casos, pero cuando son mayores los resultados son más desfavorables y, a veces, requieren de varias sesiones. La supervivencia dependerá de numerosos factores como son: el tamaño, número y localización de tumores, repetición de los procedimientos, existencia de metástasis extrapulmonares y quimioterapia administrada. A pesar de todo, los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica aunque, dependiendo de sus circunstancias personales, se podrá administrar quimioterapia o radioterapia.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA</p>	<p>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR e INTERVENCIONISTA</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> <p>De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: LEVES: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor local tras la intervención. • Náuseas. Fiebre y malestar general. • Infección en el lugar de punción en la piel. • Aumento transitorio de las transaminasas • Derrame pleural de escasa cuantía si el tumor tratado está cercano a la pleura. • LOS MÁS GRAVES: GRAVES: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia interna. • Perforación intestinal o vesical en el caso de que la lesión se encuentre cerca de un asa de intestino o vejiga. • Inflamación de la vesícula biliar. • Infección o absceso intraabdominal. • Trombosis en la vena porta (vena que irriga el hígado). En ablaciones hepáticas. • Diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción, lo cual es excepcional ya que también se procede a “quemar” el mismo. • Quemaduras en la zona de la piel donde se le pegan los “parches-electrodos”. <p>Estas complicaciones graves son muy raras. Ocurren aproximadamente 1 vez cada 100 ablaciones y requieren seguir ingresado, e incluso en ocasiones la intervención quirúrgica. El riesgo de muerte es mínimo.</p> • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavix®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre.</p>	

001530

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

- Si Ud. está embarazada o piensa que pueda estarlo, debe advertirlo antes de realizar la intervención, ya que se emplean radiaciones ionizantes que pueden producir malformaciones fetales.
- Si Ud. es alérgica al yodo o a algún medicamento, debe advertirlo antes de realizar la intervención.
- Si Ud. padece una enfermedad renal o cardíaca, debe advertirlo antes de realizar la intervención ya que su patología se podría agravar por la utilización de medios de contraste.
- Al utilizar TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Si Ud. es portador de un marcapasos, debe advertirlo antes de la intervención.

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.

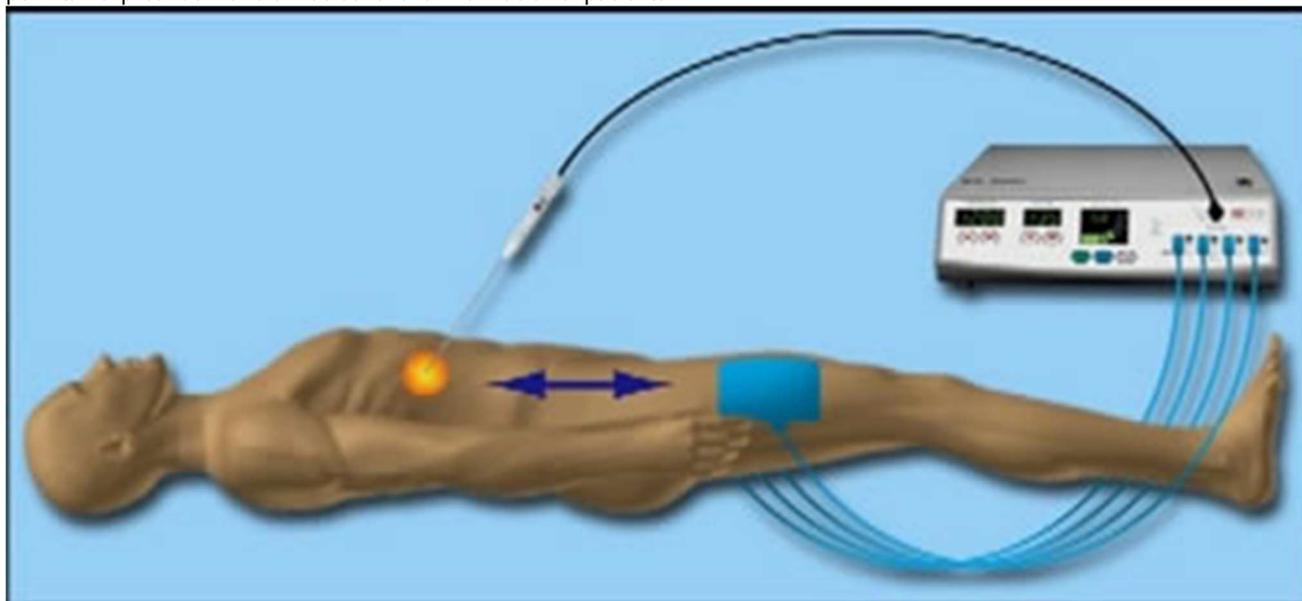
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**CENTRO SANITARIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.
CÓRDOBA**

**SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO.
UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR e
INTERVENCIONISTA**

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 UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR e INTERVENCIONISTA
---	---

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

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.

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 en el curso de la intervención.

SI NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada 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 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.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

001530

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA	RADIODIAGNÓSTICO. UNIDAD DE RADIOLOGÍA VASCULAR e INTERVENCIONISTA
--	---

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>