

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 HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO		SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA	
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)		ECOGRAFÍA DINÁMICA TRANSPERINEAL
<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>La prueba a la que usted va a someterse consiste en la exploración, mediante ecografía a través del periné, del recto (parte final del intestino grueso) y sus estructuras vecinas. Sirve como complemento al estudio de la patología del suelo pélvico y del estreñimiento .</p>			
CÓMO SE REALIZA:			
<p>Se realiza con una sonda que se apoya entre el ano y la vagina; esta exploración dura unos 10 a 15 minutos y no se suele aplicar ninguna medicación.</p> <p>Previamente será necesaria la administración de un enema de limpieza.</p> <p>Esta exploración se realiza habitualmente sobre la camilla, con las piernas flexionadas y abiertas, aunque se le puede solicitar su colocación en otra posición. Al ser una prueba dinámica, se le solicitará su colaboración para simular una maniobra de defecación y se le introducirá cierta cantidad de gel ecográfico en el recto.</p>			
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:			
<p>Habitualmente es una prueba diagnóstica que se tolera bien, aunque es variable de un enfermo a otro. La colocación de la sonda puede provocar una molestia leve. Una vez realizada la exploración puede reanudar la actividad diaria normal.</p>			



EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Permite conocer algunas características de las estructuras situadas en la pelvis y de la función defecatoria.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La exploración física (inspección anal y tacto vaginal o rectal) pueden ofrecer información, pero es en general insuficiente. La ecodefecografía, la defecografía y la resonancia magnética pueden ofrecer una información similar. No obstante, puede ser necesario realizar diferentes exploraciones, que aportarán una información complementaria.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO</p>	<p>SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA</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: En algunas personas se puede producir una leve molestia si presentan sensibilidad en la zona perineal. • LOS MÁS GRAVES: Las complicaciones graves son excepcionales. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</p>	
<p>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA
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 VIRGEN DEL ROCÍO		SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA	
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 UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA
---	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
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.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
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.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530

001530