

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 VIRGEN DEL ROCÍO</p>	<p>SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA</p>
<p>1</p>	<p>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) INYECCIÓN DE AGENTES AUMENTADORES DE VOLUMEN (BULKING AGENTS)</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: La inyección de agentes aumentadores de volumen es un tratamiento indicado en algunos tipos de incontinencia fecal que no han respondido a medidas conservadoras.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: El tratamiento consiste en la inyección de determinados tipos de material en la pared del canal anal, con la finalidad de crear unos "abultamientos" que estrechen la apertura del ano y mejoren la retención de las heces. Esta inyección se realiza en régimen ambulatorio, habitualmente sin anestesia o con anestesia local.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: La inyección no conlleva mucha sensación de dolor, pero puede ser molesta.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Este tratamiento pretende conseguir una mejoría de los síntomas asociados a la incontinencia a gases y heces, especialmente el manchado continuo de la ropa interior.</p>	
<p>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</p>	



Aunque existen distintas opciones terapéuticas para la incontinencia fecal, el tratamiento que le ofrecemos es el que el que la Unidad de Coloproctología considera más adecuado en la actualidad para usted.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGIA
<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: Dolor y sangrado debidos al procedimiento de la inyección; el riesgo de infección es similar al de la punción en otras localizaciones. También puede producirse fuga o desplazamiento del gel, prurito persistente en la zona y secreción de moco. Estas molestias desaparecen generalmente al cabo de unos pocos días. • LOS MÁS GRAVES: • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Este tratamiento no se considera indicado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o con antecedentes de radioterapia en la región pélvica. Debe advertir también a su médico si padece algún tipo de inmunodeficiencia o ha presentado reacciones alérgicas a productos que contengan ácido hialurónico.</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): Durante la primera semana posterior al tratamiento no deberá utilizar Loperamida u otros fármacos similares contra la diarrea. Se podrá utilizar un ablandador de heces hasta que tenga la primera deposición. Si tiene la sensación de que su recto no se vacía o no puede orinar correctamente, deberá contactar inmediatamente con el médico. Para conseguir un efecto óptimo del tratamiento, deberá evitar las siguientes actividades: baños calientes y actividad física durante 24 horas; relaciones sexuales y actividad física vigorosa durante una semana, así como la administración de supositorios, enemas o cualquier tipo de manipulación del ano durante un mes.</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 	

001530

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	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		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	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