

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 (*) NEUROMODULACIÓN DEL NERVI TIBIAL POSTERIOR</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 neuromodulación del nervio tibial posterior es un tratamiento para la incontinencia fecal y los síntomas asociados a la urgencia defecatoria.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: Para administrar este tratamiento se insertará transitoriamente una aguja electrodo fina y pequeña en la parte interna del tobillo, conectada a un generador de impulsos externo. La sesión durará unos 30 minutos; durante este tiempo permanecerá sentado y puede leer o realizar otras actividades similares. El procedimiento se realiza sin anestesia y en régimen ambulatorio.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Durante el tratamiento los dedos del pie pueden estirarse y encogerse o notar cosquilleo. Comuníquelo a su médico si la sensación es muy intensa o si no se siente cómodo en la posición en la que está. Inmediatamente después del tratamiento debería estar en condiciones de reanudar sus actividades habituales.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Se espera que este tratamiento pueda tener índices de curación superiores a los tratamientos existentes y que por lo tanto pueda mejorar la continencia a las heces y gases.</p>	



OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Entre otras opciones de tratamiento se encuentran la modificación de conducta, el fortalecimiento de los músculos pélvicos, el tratamiento farmacológico y la cirugía. El tratamiento que le ofrecemos es el que la Unidad de Coloproctología considera más adecuado en la actualidad para usted.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGÍA
<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>Los efectos secundarios asociados a la estimulación percutánea del nervio tibial posterior incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: Dolor punzante, inflamación o irritación cerca del lugar de la estimulación; adormecimiento de los dedos del pie. También pueden producirse molestias en el estómago. • LOS MÁS GRAVES: Hasta el momento no se han descrito efectos tóxicos graves durante la administración de este tratamiento. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Este tratamiento está contraindicado en personas con marcapasos o desfibriladores implantables, en personas con tendencia a la hemorragia excesiva, en pacientes que padecen epilepsia y en mujeres embarazadas o que planean quedar embarazadas durante el curso de la terapia. Tampoco puede realizarse si existe una alteración grave en la piel del tobillo.</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. 	

001530

Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGÍA
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 COLOPROCTOLOGÍA	
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>	

001530

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA. SECCIÓN DE COLOPROCTOLOGÍA
-------------------------	--

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