

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 LA INMACULADA		SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ARTROCENTESIS DE RODILLA.		
<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>En ocasiones, ya sea de forma espontánea o tras un traumatismo, se acumula líquido (líquido sinovial o sangre) en el interior de la articulación de la rodilla, por detrás de la rótula. La técnica mediante la que se evacua dicho líquido se denomina artrocentesis y se realiza tanto para aliviar el dolor y aumentar la movilidad, así como para analizar el líquido ante la sospecha de una infección.</p>			
CÓMO SE REALIZA:			
<p>Se coloca al paciente tumbado con la rodilla en extensión o ligera flexión y tras localizar el punto de punción a nivel lateral de la rodilla se infiltra anestésico local y se punciona con una aguja conectada a una jeringa aspirando suavemente hasta obtener líquido, posteriormente se retira la aguja y se coloca vendaje compresivo.</p>			
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:			
<p>Notará un pinchazo en el área de la punción articular.</p>			
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:			
<p>Según el caso, notará alivio del dolor en la rodilla inflamada al extraerle líquido y/o su Médico obtendrá información relevante sobre su proceso de salud.</p>			



OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Inmovilización y vendaje compresivo para disminuir el dolor y la impotencia funcional; aunque, sin extracción del líquido no se podrá determinar las características de este.

<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"> - Lesión de la superficie articular de la rótula. - Sangrado intrarticular. • LOS MÁS GRAVES: <ul style="list-style-type: none"> - Introducción de una infección. - Afectación de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación que pueden dar lugar a: hemorragia, rigidez articular, roturas óseas cercanas, secuelas neurológicas irreversibles. - Reacción vasovagal por el dolor (mareo, náuseas, sudoración...). - 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. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: CONTRAINDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección cutánea en el punto de punción. - Alteración de la coagulación. - Prótesis articular. 	
<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 	

001530

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 LA INMACULADA	SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
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 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