

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.

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DEL ALJARAFE****SERVICIO DE URGENCIAS y
OBSERVACIÓN****1. INFORMACIÓN PARA PUNCIÓN ARTICULAR (ARTROCENTESIS).**

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.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Consiste en la extracción de líquido articular mediante la punción de una cavidad articular con fines diagnósticos y terapéuticos.

- Diagnóstico de las características y causas del derrame articular.
- Como terapéuticas en la extracción de líquido y administración de medicamentos de la articulación.

CÓMO SE REALIZA:

La punción de la articulación consiste en un procedimiento sencillo de escasa duración y se realizará con el paciente tumbado hacia arriba o sentado. El lugar de punción depende de la articulación en estudio (rodilla, cadera, hombro, codo, muñeca...), en cada caso su médico le informará del sitio de punción.

Tras desinfectar la zona, se introducirá una aguja en dirección a la cavidad articular hasta la extracción del líquido, que será enviado a laboratorio para su estudio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Desaparición o alivio de la inflamación y el dolor.

Mejoría de la movilidad

Dolor en el punto del pinchazo

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Aliviar o suprimir el dolor

Mejorar la movilidad en los casos en que este limitada.

Evitar tener que aplicar tratamientos más agresivos o con más efectos perjudiciales.

Ayudar en el diagnóstico de la enfermedad de esa articulación.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Tratamiento con medicamentos para la inflamación o el dolor administrados por otras vías.

Fisioterapia o reposo.

Utilización de oros medios para el diagnóstico

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y no se producen daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer.

- LOS MÁS FRECUENTES:
 - Infección articular: ocurre aproximadamente en una de cada 10.000 punciones.
 - Hemorragia articular: por punción accidental de un vaso de la pared o de la cavidad articular.
- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

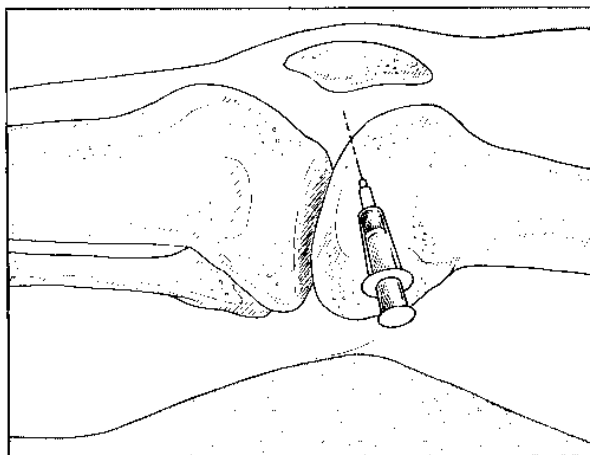
OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la actuación médica, 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.

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.)



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE URGENCIAS y OBSERVACIÓN
---	--

2. INFORMACIÓN PARA PUNCIÓN ARTICULAR (ARTROCENTESIS).

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

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.

- ___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 _____

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE URGENCIAS y OBSERVACIÓN
---	--

2.4 RECHAZO DEL TRATAMIENTO

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la
realización de este tratamiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la
salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y
consciente he decidido retirar el consentimiento para este tratamiento. Asumo las consecuencias
que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____