

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 TRAUMATOLOGÍA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA INFILTRACION DE CADERA	
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: Esta técnica consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local y/o un corticoide) en la articulación de la cadera usando una aguja larga. Requiere rayos X para localizar la articulación. Sirve para mejorar dolores de carácter mecánico generalmente provocados por artrosis, también en artropatías por gota, Lupus eritematoso sistémico y otras conectivopatías, artritis traumática aguda, artropatías inflamatorias de otro origen: espondilitis anquilosante con participación periférica, artritis psoriásica, enfermedad de Reiter.		
CÓMO SE REALIZA: Es una técnica algo molesta y se realiza empleando un poco de anestesia local. El bloqueo (infiltración) puede ser diagnóstico con anestésico local y efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico con un corticoide y de mayor duración (para tratamiento del dolor). Se realiza tumbado/a boca arriba. No se recomienda, en general, el uso repetido de corticoides intraarticulares por lo que deben espaciarse las infiltraciones.		
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Disminución de la inflamación que conllevará un mejor control del dolor.		
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: No se trata de una técnica curativa pero si le producirá disminución del dolor y aumento de la funcionalidad (movilidad). Al disminuir el dolor y los síntomas tendrá que tomar menos pastillas para controlarlos.		
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:		
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. • LOS MÁS FRECUENTES: • Molestias locales en el lugar de punción que ceden en pocas horas con analgésicos convencionales. • Hematoma en la zona infiltrada. • Inyección accidental del líquido dentro de un músculo, lo que puede provocar dolor importante. • Mareo. Suele darse en algunas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Produce sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisarnos si nota estos síntomas. No es grave y desaparece con atropina (que se puede administrar de forma preventiva). Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la infección de la articulación que puede requerir el uso de antibióticos intraarticular, y el aumento del dolor inicial. • LOS MÁS GRAVES: Reacciones alérgicas severas que pueden provocar paro cardiorrespiratorio (muy raras). • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:		

001530

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 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.

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 TRAUMATOLOGÍA
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACION DE CADERA	
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. ☐ 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 _____ de _____ EL/LA PACIENTE _____ EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) Fdo.: _____ Fdo.: _____	

001530

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
---	----------------------------------

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