

**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.

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b>		<b>SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR</b>	
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) LOCALIZACION RADIOISOTOPICA DE ADENOPATIA CERVICAL EN CANCER DE TIROIDES</b>		
<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><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> 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>			
<b>1.</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>		
<b>1</b>	<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b> Su especialista le ha solicitado la localización radioisotópica de la adenopatía cervical (lesión cervical que puede albergar células tumorales procedentes del cáncer de tiroides en su interior) para su extirpación posterior.</p>		
	<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b> Se localiza la lesión mediante ecografía. Una vez desinfectada la zona, se procede a la punción con una aguja fina (no necesita anestesia) guiada mediante ecografía. Posteriormente introduciremos una pequeña cantidad de un medicamento radiofármaco (fármaco asociado a una mínima cantidad de radiactividad) denominado, macroagregados de albúmina marcados con Tc-99 m. La radiactividad que se le administra es mínima y no se han descrito efectos secundarios con su utilización. A continuación se le realizará una gammagrafía en Medicina Nuclear que consiste simplemente en adquirir una imagen del cuello para confirmar la adecuada distribución del radiofármaco. Ello no supondrá molestia alguna. Si la inyección ha resultado correcta (97% de los casos), ese mismo día, el cirujano procederá a la extirpación selectiva de la lesión con ayuda de una</p>		



sonda de cirugía radiodirigida.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Este procedimiento no supone para usted más que los mínimos riesgos derivados de la exploración gammagráfica con este tipo de radioisótopos que equivalen a menos de otras exploraciones radiológicas comunes como lo es un TAC. Además, este tipo de exploraciones están perfectamente justificadas en el manejo de su enfermedad. Existen muy pocas probabilidades de que se produzcan efectos secundarios (unas 10.000 veces menos frecuentes que los medicamentos habituales). La radiación del isótopo es insignificante para su organismo; no obstante, está contraindicado en mujeres embarazadas.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

En su actual estado clínico los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo su médico le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Esta técnica quirúrgica proporciona datos muy útiles puesto que ayuda al cirujano a la localización y posterior extirpación de la lesión (adenopatía) con ayuda de sonda radioguiada.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

001530

**CENTRO SANITARIO  
HOSPITAL VIRGEN DE LA  
VICTORIA**

**SERVICIO DE  
MEDICINA NUCLEAR**

**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:**  
Dolor en lugar punción

- **LOS MÁS GRAVES:**  
Reacción vasovagal (calor, mareo, hipotensión, pérdida conocimiento)

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**  
Parada cardiorrespiratoria

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Avisar si tiene algún problema de coagulación de la sangre o toma medicamentos por este motivo, ya que en estos casos puede sangrar de manera abundante y grave.

**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.

<p><b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b></p>	<p><b>SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR</b></p>
<p><b>1. 2</b></p>	<p><b>IMÁGENES EXPLICATIVAS</b></p>
<p>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.</p>	

<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b>		<b>SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR</b>	
<b>2 CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
<b>2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE</b> (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	

<b>2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
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

<b>2.3 CONSENTIMIENTO</b>
<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>

001530

EL/LA PACIENTE (incapacidad del paciente)  Fdo.:	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de  Fdo.:
<b>CENTRO SANITARIO HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b>	<b>SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR</b>

<b>2. 4</b>	<b>RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN</b>
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 (incapacidad del paciente)                      EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de)	
Fdo.: _____                      Fdo.: _____	

<b>2. 5</b>	<b>REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>
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 (incapacidad del paciente)                      EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de)	
Fdo.: _____                      Fdo.: _____	

001530

001530