

**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><b>CENTRO SANITARIO</b><br/><b>HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b></p>   | <p><b>SERVICIO DE</b><br/><b>MEDICINA NUCLEAR</b></p> |
| <p><b>1   DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) SINOVIERTESIS RADIOISOTÓPICA</b></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.<br/>                 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>  |   |
| <p><b>1.1   LO QUE USTED DEBE SABER:</b></p> <p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b><br/>                 Su médico le ha remitido a nosotros para que completemos su tratamiento con la administración intraarticular de un isótopo radiactivo.<br/>                 El objetivo del tratamiento es disminuir la actividad de la membrana sinovial de su articulación que en el momento actual genera un exceso de líquido sinovial con las consecuentes molestias y limitaciones que usted sufre.</p>   |   |
| <p><b>CÓMO SE REALIZA:</b><br/>                 El tratamiento se lleva a cabo mediante la administración intraarticular de una dosis adecuada de Ytrio 90. Para ello es preciso punzar la articulación con una aguja similar a las de uso intramuscular.<br/>                 Con objeto de evitar la salida del radiofármaco a la sangre debe mantener inmovilizada la articulación durante 48-72 horas.</p>   |   |
| <p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b><br/>                 En los días siguientes a la administración de la dosis puede notar sensación de tensión articular como consecuencia del efecto inflamatorio de la radiación. Dicha sensación cede espontáneamente. El efecto del tratamiento no es inmediato<br/>                 Como en el caso de cualquier otra punción articular pudiera producirse artritis séptica, poco probable toda vez que el procedimiento se realiza en ambiente estéril. No obstante, en caso de notar dolor, tumefacción y enrojecimiento debe ponerse en contacto con el médico que le ha indicado el tratamiento para su control y corrección.<br/>                 Ocasionalmente puede producirse un fenómeno inflamatorio en el punto de inyección por extravasación del radiofármaco. Rara vez dicho fenómeno requiere tratamiento específico.</p> |   |



**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

El objetivo del tratamiento es una mejoría de su patología articular

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Otras alternativas al tratamiento habrán sido valoradas por su reumatólogo o traumatólogo y mostradas a usted. Si no fuera así debe comunicarlo antes de recibir este tratamiento.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>CENTRO SANITARIO<br/>HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b></p>   | <p><b>SERVICIO DE<br/>MEDICINA NUCLEAR</b></p> |
| <p><b>QUÉ RIESGOS TIENE:</b><br/>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"> <li>• <b>LOS MÁS FRECUENTES:</b><br/>Tensión en la articulación, dolor e inflamación en la articulación</li> <br/> <li>• <b>LOS MÁS GRAVES:</b><br/>artritis séptica</li> <br/> <li>• <b>LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:</b></li> </ul>  |  |
| <p><b>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</b><br/>En ocasiones una sola dosis no es suficiente para controlar totalmente su enfermedad. En las revisiones que se le efectúen pudiera indicársele de nuevo este tratamiento.</p>   |  |
| <p><b>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</b><br/>En las mujeres el embarazo es una contraindicación absoluta para el tratamiento</p>  |  |
| <p><b>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <br/> <li>- 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.</li> <br/> <li>- 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.</li> </ul> |  |

001530

|   |   |
|---|---|
| <b>CENTRO SANITARIO<br/>HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b>  | <b>SERVICIO DE<br/>MEDICINA NUCLEAR</b> |
| <b>1.2   IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>  |   |
| 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. |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>CENTRO SANITARIO<br/>HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b> |  | <b>SERVICIO DE<br/>MEDICINA NUCLEAR</b> |  |
| <b>2</b>   | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>  |   |  |
| <b>2.1</b>   | <b>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</b>         | <b>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</b>  | <b>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> <p>EL/LA PACIENTE _____ EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p> |                       |

001530

|  |   |
|--|---|
| <b>CENTRO SANITARIO<br/>HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA</b> | <b>SERVICIO DE<br/>MEDICINA NUCLEAR</b> |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>2.4 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   | EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) |
| Fdo.:  | Fdo.:  |

|  |  |
|--|--|
| <b>2.5 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   | EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) |
| Fdo.:  | Fdo.:  |

001530