

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	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)PRUEBA DE ESFUERZO PULMONAR

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.

(*) 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.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La prueba a la que usted va a someterse trata de medir el esfuerzo máximo que es usted capaz de hacer. Con esta prueba valoramos la capacidad funcional de su pulmón, corazón y vasos sanguíneos.

CÓMO SE REALIZA:

Sentado en una bicicleta fija, pedaleando y respirando a través de una mascarilla. Al principio le resultará fácil, pero progresivamente se irá endureciendo costándole más trabajo seguir el ritmo. Se trata de esforzarse al máximo hasta que no pueda más o cuando por dificultad para respirar, molestias en las piernas o dolor en el pecho, usted voluntariamente desee pararse o se le indique hacerlo.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Su corazón se acelerará, cada vez le costará más respirar y acabará algo cansado, como cuando hace un esfuerzo deportivo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Nos informa sobre la capacidad funcional cardio-respiratoria nos permite en algunos casos sentar un pronóstico, valorar un riesgo para una operación de cirugía o ver la respuesta y mejoría o no tras un tratamiento o tras rehabilitación.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Es posible sustituir esta prueba, si existe dificultad con la bicicleta o mascarilla, por evidencias, etc., por una prueba de andar en un pasillo durante unos minutos y ver la distancia que recorre y la respuesta de su organismo. No nos da tanta información.

Hacerla sólo en casos indicados.

Los riesgos son similares.

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:**
Los riesgos en enfermedades respiratorias son mínimos. Cansancio por el esfuerzo, algún pequeño mareo y subida de su tensión arterial.

- **LOS MÁS GRAVES:**
Puede producirse algún problema más serio de arritmias e incluso muerte, pero sobre todo cuando hay enfermedades cardíacas anteriormente.

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

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Defecto físico incapacitante, tromboflebitis reciente.

Contraindicaciones: Anemia importante, insuficiencia cardíaca descompensada. Angor o angina de pecho de reposo, con menos de 7 días tras el último episodio. Arritmias auriculares o ventriculares no controladas. Hipertensión arterial severa o no tratada. Miopericarditis aguda. Estenosis valvular aórtica severa. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Infarto agudo de miocardio (de menos de 2 semanas). Aneurismas de aorta.

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

Señale si toma alguno de los siguientes fármacos:

- | | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|
| -BETA ESTIMULANTES | -NITRITOS | -DIURÉTICOS |
| -ALCOHOL | -ANTIRRÍTMICOS | -BETABLOQUEANTES |
| -TEOFILINAS | (especificar y dosis) | |
| -HORMONAS TIROIDEAS | -ANTAGONISTAS | -OTROS HIPOTENSORES |

-DIGITAL
-ANTIDEPRESIVOS

DEL CALCIO

Deberá venir preparado con una ropa y un calzado cómodo o deportivo (puede cambiarse aquí). No coma alimentos al menos 2 horas antes de la prueba. Ni fume.

Durante la prueba estará presente un médico/a neumólogo y un enfermero/a especializado y se vigilará su corazón, su respiración y el oxígeno de la sangre aunque sin pincharle.

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.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
-------------------------	-------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
-------------------------	-------------------------------

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 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 esta intervención. 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.:
