

**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</b>		<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) DESBRIDAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS (LIMPIEZA DE HERIDA)</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.</p> <p>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>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>	
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b></p> <p>El objetivo de este procedimiento es quitar los tejidos muertos de una herida. Así se facilita la cicatrización de la herida.</p>		
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>Si es necesario se realizará con anestesia local alrededor de la zona, para garantizar una intervención sin dolor. Dejaremos la zona de la lesión refrescado para conseguir un cierre progresivo de la herida. En todo momento, durante la intervención, estará siempre vigilado por profesionales sanitarios. Al finalizar la intervención se le dará una hoja informativa sobre autocuidados y recomendaciones para después de la operación.</p>		
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p> <p>Pueden producirse pequeñas molestias locales en la zona dónde se ha realizado la limpieza de la herida (desbridamiento), como cualquier otra cirugía menor.</p>		
<p><b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b></p> <p>Es la mejor medida para resolver su caso. Si no se realiza la intervención, no podemos predecir cuales serán los resultados y la evolución de sus lesiones, pudiendo incluso aparecer infecciones graves.</p>		



**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Por las características propias de la lesión, es el procedimiento recomendado. Una vez limpia la herida de tejidos muertos podremos estudiar la alternativa terapéutica que mejor se adapte a su caso.

En su caso:

**CENTRO SANITARIO**

**SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**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:**

No hay complicaciones frecuentes. En ocasiones, pueden surgir algunos problemas:

- Por el uso de anestésicos locales, hay personas que sufren pequeños desmayos. Si a usted le ha ocurrido alguna vez, debe avisar antes de la intervención.
- Alteraciones de la sensibilidad en la zona, como dolor o disminución de la sensibilidad.
- Infecciones en la herida.
- Rechazo de las suturas internas.
- Hemorragias/hematomas (morados).
- Cicatrices Irregulares.

- **LOS MÁS GRAVES:**

De forma muy excepcional, se producen complicaciones graves por el uso de anestésicos locales. Estas alteraciones pueden ser neurológicas o cardíacas.

Alteraciones neurológicas como:

- Mareos.
- Vómitos.
- Dolores de cabeza.
- Temblores o convulsiones.

Alteraciones cardíacas como:

Bajada de la tensión, palpitaciones, alteraciones de la frecuencia del corazón y/o paro cardíaco.

Excepcionalmente se puede sufrir reacciones de alergias como:

- Rojeces o inflamaciones en la piel que provocan una quemazón intensa (urticaria).
- Dificultad respiratoria.
- Paro cardíaco.

Otros riesgos, aunque muy poco frecuentes, que podrían ocurrir son:

- Deformidades que podrían ser de funcionalidad o estéticos en la zona donde se realiza la intervención.

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

001530

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

- Debe comunicar todas las enfermedades importantes que ha tenido y la medicación que esté tomando en la actualidad.
- Si usted presenta alergia a medicamentos, si ha tenido algún problema relacionado con cualquier tipo de anestesia, si padece alguna enfermedad infecciosa (Hepatitis, VIH), si tiene un marcapasos u otro implante cardíaco, si tiene problemas de coagulación o toma antiagregantes (aspirina, triflusal), o anticoagulantes (sintrom, warfarina).
- Si previamente ha sido intervenido quirúrgicamente o si tuvo alguna complicación no olvide comunicarlo.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

**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.

001530

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
<b>1.2   IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>	
<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</b>		<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</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</b>	<b>SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA</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