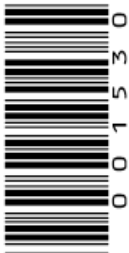


FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

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 H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES - HMI		SERVICIO DE UCIN-NEONATOLOGIA	
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CANALIZACIÓN ARTERIAL Y VENOSA UMBILICAL		
<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>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. 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>			
1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:			
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:			
<p>En introducir de forma prolongada (horas o días) un cateter (tubo de plástico) dentro de la arteria y venas umbilicales. Sirve para conocer de forma instantanea la presión arterial y para analizar los gases sanguíneos arteriales (Función respiratoria), así como para la introducción de líquidos y medicamentos, que un recién nacido en estado grave puede necesitar al nacimiento. Es imprescindible para algunas técnicas de monitorización de la función cardiocirculatoria.</p>			
CÓMO SE REALIZA:			
<p>Se introduce un cateter (tubo de plástico) en condiciones de máxima asepsia por una de las arterias del cordón umbilical y por la vena del mismo. Ambos catéteres, quedan fijados mediante un punto de sutura al la gelatina del cordón y ocasionalmente a la piel que rodea el cordón umbilical. Puede ser necesario también, realizar algunos puntos de sutura que eviten el sangrado del cordón.</p>			
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:			
<p>Dolor local leve durante las manipulaciones del procedimiento.</p>			
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:			
<p>Permite conocer la tensión arterial de forma continua y así detectar inmediatamente cualquier empeoramiento que ocurra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite analizar los gases de la sangre arterial y valorar la función pulmonar con la frecuencia requerida sin puncionar cada vez que sea preciso determinarlos 			



- Permite instaurar otras técnicas de monitorización (gasto Cardíaco) o tratamiento (Hemofiltración AV) si se requiriesen

Permite la administración de medicaciones, líquidos y nutrición parenteral si el estado del paciente así lo requiere.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En este momento es la mejor opción para el correcto seguimiento de su enfermedad. Su no instauración provocaría una insuficiente monitorización del neonato con riesgo de detección tardía de empeoramientos o punciones dolorosas repetidas para análisis de gases arteriales. Así mismo en estos momentos dadas las características del neonato, existe gran dificultad para conseguir otros accesos vasculares en venas de otra localización.

CENTRO SANITARIO

H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES - HMI

SERVICIO DE

UCIN-NEONATOLOGIA

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:**

- Obstrucción de la arteria o espasmo con falta de riego en los dedos o en la pierna. Raro, generalmente reversible pero potencialmente grave. Puede requerir medicación complementaria (espasmolítico o anticoagulante).
- Infección. Excepcional pero potencialmente grave.
- Hemorragia en el lugar de inserción del cateter o por las conexiones. Excepcional pero potencialmente grave. Puede requerir transfusión de sangre.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Disminución del crecimiento de la pierna a largo plazo, complicación excepcional y altamente infrecuente
- Lesiones hepáticas derivadas de la infusión de líquidos/medicamentos en la vena porta.
- Rotura de la arteria. Excepcional pero grave.

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

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No tiene contraindicaciones. Salvo malformación congénita de pared abdominal

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.

001530

- 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>CENTRO SANITARIO H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES - HMI</p>	<p>SERVICIO DE UCIN-NEONATOLOGIA</p>
<p>1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS</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>	
<div data-bbox="201 526 323 685" data-label="Image"> </div>	

CENTRO SANITARIO H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES - HMI		SERVICIO DE UCIP- NEONATOLOGIA	
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
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
<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

CENTRO SANITARIO H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES - HMI	SERVICIO DE UCIN-NEONATOLOGIA
--	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN
<p>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.</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>

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO
<p>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.</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