

**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</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO**

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 intervención que le vamos a realizar consiste en colocarle un tubo (catéter) debajo de la piel en el pecho, en el cuello o en el brazo, para que puedan realizarle los tratamientos, así como los análisis necesarios, sin necesidad de tener que pincharle sus venas periféricas.

**CÓMO SE REALIZA:**

Le vamos a realizar dos pequeños cortes (1 - 3 cm.), uno para pincharle la vena (yugular o subclavia en el cuello o basílica en el brazo) y otro más abajo por donde colocaremos un dispositivo para ponerle la medicación (reservorio). Se le introducirá un líquido (medio de contraste) a través del tubo que nos permitirá llevar a cabo esta intervención.

Le vamos a sedar y poner anestesia local con el fin de que no tenga molestias durante la intervención, ésta puede durar aproximadamente entre 20 y 40 minutos. Por nuestra parte, usted se podrá marchar a su domicilio o a la consulta después de terminada la intervención.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Puede notar molestias, sobre todo en la fase inicial del proceso, y hasta que el anestésico haga efecto. Durante el resto de la prueba es poco frecuente que note molestias.

Si se usa sedación, notará ésta. Estará controlado durante la sedación.

Después de la prueba deberá seguir reposo y las recomendaciones que le haga el radiólogo y su médico.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

La colocación del catéter permite un acceso a su sistema venoso para la inyección de medicamentos y evitar las punciones venosas frecuentes.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

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 más frecuentes son los leves como las molestias en el sitio de la punción.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Por el medio de contraste:

- Reacciones alérgicas, que pueden ser:
  - Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
  - Raramente graves como alteraciones de los riñones.
  - Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la técnica que estamos realizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Infección local o generalizada.
- La complicación más grave, es que se pinche la capa que rodea al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña, se resuelve solo y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante sería preciso colocarle un tubo para facilitar la salida del aire.

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

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

Por favor si es alérgico a algún tipo de mediación especifíquelo.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento medico específico para licuar la sangre (aspirina, plavit, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte al a coagulación de la sangre.

Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicación, especifíquelo.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavit®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre.

Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

---

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

Si usted tiene historia alérgica a los contrastes yodados, a otros fármacos, asma u otra enfermedad alérgica respiratoria, padece de corazón o tiene insuficiencia renal, deberá comunicar esta circunstancia al profesional que le va a realizar el estudio.

---

**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.)

---



<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**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.:

---