

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 (*) CORSÉS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ESCOLIOSIS Y OTRAS DEFORMIDADES DEL TRONCO EN LOS ADOLESCENTES

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:

El procedimiento al que usted va a someterse consiste en el empleo de un corsé de material más o menos rígido para frenar la progresión de la deformidad de la columna vertebral.

CÓMO SE REALIZA:

Mediante el empleo de un dispositivo más o menos rígido, generalmente confeccionado con material termoplástico o metálico, que se adapta al tronco del joven para aplicar fuerzas correctoras sobre la columna vertebral. Se ha demostrado que son eficaces para detener la progresión de la escoliosis y de otras deformidades. Existen diversos tipos de corsés, así como diversos horarios de uso, siendo su médico rehabilitador el que le explicará estos detalles detenidamente.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Es importante tener en cuenta que el objetivo del corsé es detener la progresión de la deformidad de la columna durante el periodo de crecimiento del joven, no corregirla. Lo que se espera, por tanto, es que la desviación no aumente o lo haga en el menor grado posible.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Entre los resultados previsibles del corsé está el frenar la progresión de la escoliosis en el 43 al 80% de los usuarios, dependiendo del tipo de curva y de la fase de crecimiento del adolescente. La

consecuencia previsible en el caso de no usar el corsé puede ser la progresión de la deformidad. Existe un importante estudio que mostró que el 26% de los jóvenes que habían usado corsé experimentaron un aumento de su deformidad, mientras que esto ocurrió en el 64% de los que no lo utilizaron.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Entre las alternativas razonables al tratamiento con corsé, se han citado los medios de electroestimulación, pero se ha demostrado que son totalmente ineficaces. En cuanto a los ejercicios y las actividades deportivas, no bastan por sí mismos para detener la progresión de la desviación, si bien se suelen aconsejar como complemento del tratamiento con corsé. La cirugía de la columna es un método eficaz para detener la evolución de la desviación e, incluso, para mejorarla, pero debido a su complejidad, es un tratamiento que se reserva para casos graves en los que el tratamiento con corsé no basta para el control de la deformidad.

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 más frecuentes del tratamiento con corsé son las lesiones cutáneas, que abarcan desde el enrojecimiento hasta las erosiones. Son generalmente leves. Puede haber alteraciones de la piel de carácter alérgico al material de que está fabricado el corsé.

Es frecuente que el uso de corsé altere la calidad de vida percibida por el adolescente debido a rechazo psíquico, disminución de la movilidad y, al principio, dificultad para conciliar el sueño. En muchos casos, el joven ha de adaptarse a la nueva situación modificando la forma de vestirse y su relación con las amistades y su entorno. En cualquier caso, es deseable que el joven en tratamiento con corsé adopte un estilo activo de vida, incluyendo actividades recreativas y deportivas.

Ocasionalmente puede que el joven note molestias en el vientre tras las comidas. Esto se previene aflojándose el corsé al comer o, comiendo menos cantidad pero más veces al día.

- **LOS MÁS GRAVES:**

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

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

En los jóvenes obesos es previsible que el corsé sea menos eficaz porque las fuerzas aplicadas sobre el tronco se amortiguan sobre los tejidos grasos.

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.

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 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
-------------------------	---

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso de MENORES DE EDAD, si el/la paciente es mayor de 12 años y se le considera maduro/a y capaz, el consentimiento lo emitirá el/la menor. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y se solicitará su Visto Bueno para la realización de la intervención. (Art. 9.3.c de la Ley 41/2002). Si el/la paciente es considerado/a incapaz o, en todo caso, es menor de 12 años, el consentimiento lo otorgará el representante legal del menor.)

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 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
-------------------------	---

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.:
