

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO COLONOTAC

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIANÓSTICO</b>
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA COLONOTAC</b>
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede 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.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
<b>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</b></p> <p>Es una prueba radiológica que combina el uso de imágenes adquiridas mediante Tomografía Computarizada (TAC), con una técnica de post-procesado por ordenador que genera unas imágenes del colon similares a las obtenidas mediante colonoscopia convencional (las que se realizan con un tubo o endoscopio). Consulte cualquier duda con nuestro personal. Sirve para detectar pólipos en la pared del colon y si los hubiera, indicarle al endoscopista su localización para su posterior extirpación.</p>	
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>La exploración se realiza de forma ambulatoria. Tumbado en la mesa de exploración del TAC se insufla aire a través de una sonda flexible rectal. Posteriormente se lleva a cabo la exploración de Tomografía Computarizada en posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) y decúbito prono (tumbado boca abajo).</p> <p>Habitualmente, no es necesario inyectar contraste en vena. No se requiere sedación. Se utiliza una técnica de baja dosis de radiación. Generalmente, menos de 20 minutos. La tolerancia es bastante buena, en general, mejor que para la colonoscopia convencional. Igual que en la colonoscopia convencional es muy importante rigurosamente, las indicaciones que le realicen para su preparación. Si el radiólogo lo considera indicado inyectará un contraste yodado intravenoso.</p>	
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p> <p>Puede notar molestias, sobre todo en la fase inicial del proceso. Después de la prueba deberá seguir reposo y las recomendaciones que le haga el radiólogo y su médico.</p>	
<p><b>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</b></p> <p>La alternativa es la colonoscopia convencional, de mayor riesgo.</p>	

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO COLONOTAC

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
<p><b>QUÉ RIESGOS TIENE</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LOS MÁS FRECUENTES:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– Los más frecuentes son las complicaciones leves como molestias o dolor pasajero.</li></ul></li> <li>• <b>LOS MÁS GRAVES:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– El riesgo de complicación grave (perforación, hemorragia) es excepcional, y mucho menor que en la colonoscopia convencional. De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios del hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.</li></ul></li></ul> <p>LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD:</p>	
<p><b>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</b> 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<sup>®</sup>, plavit<sup>®</sup>, 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. Si se va a realizar la biopsia con guía de Resonancia Magnética, especifique claramente si es portador/a de algún objeto metálico interno (implante o prótesis) antes de realizar la exploración.</p>	
<p><b>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</b> Si usted tiene historia de alergia a los contrastes yodados, a otros fármacos, asma y otra enfermedad alérgica respiratoria, padece del corazón o tiene insuficiencia renal, deberá comunicar esta circunstancia al profesional que le va a realizar el estudio.</p>	

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO COLONOTAC

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
<p><b>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- 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 usarán 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.</li><li>- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. 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 autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.</li></ul>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
COLONOTAC**

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
<b>1.2</b>	<b>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>	

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO COLONOTAC

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
--	-------------------------------------

(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).

<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)</b>	
	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

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
COLONOTAC**

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> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO</b>
--	-------------------------------------

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña. ...., manifiesto que estoy conforme con el consentimiento que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo 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.

SÍ       NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ       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.

SÍ       NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ       NO

NOTA: Márquese con una cruz.

En .....a.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

