

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
MAMOGRAFÍA

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 Clínica Parejo y Cañero Hospital de día | SERVICIO DE RADIODIANÓSTICO |
| 1 | DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA MAMOGRAFÍA |
| <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>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> | |
| 1.1 | LO QUE USTED DEBE SABER: |
| <p>EN QUÉ CONSISTE. CÓMO SE REALIZA. PARA QUÉ SIRVE</p> <p>Durante la mamografía, se posiciona la mama en una plataforma especial y se comprime gradualmente con una paleta de plástico.</p> <ul style="list-style-type: none">- Aplanar el grosor de la mama de manera que pueda visualizarse en su totalidad.- Extender el tejido de manera que las anomalías más pequeñas tengan menos probabilidad de quedar oscurecidas por el tejido superior de la mama.- Permitir el uso de una dosis más baja de rayos X, ya que disminuye el grosor del tejido a examinar.- Mantener la mama firme para minimizar la borrosidad de la imagen.- Reducir la dispersión de rayos X para aumentarla nitidez de la imagen. | |
| <p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</p> <p>Obtener un diagnóstico precoz de una posible anomalía en el tejido de la mama.</p> | |
| <p>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</p> <p>La única molestia que se puede experimentar es a consecuencia de la compresión de la mama.</p> <p>En su caso:</p> | |

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
MAMOGRAFÍA

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 Clínica Parejo y Cañero Hospital de día | SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO |
| 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. <ul style="list-style-type: none">• RIESGOS GENERALES Toda intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente, lleva implícito el riesgo de una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementarios, tanto médico como quirúrgicos, así como un determinado riesgo de mortalidad.• RIESGOS ESPECÍFICOS Para este tipo de técnica es necesaria la utilización de rayos X, aunque con los equipos y técnicas actuales la radiación que se recibe es muy pequeña, y supone un riesgo mínimo en comparación con el beneficio que supone la detección precoz del cáncer. LOS DERIVADOS DE SU ESTADO DE SALUD: | |
| SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio. | |
| OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): Si en el momento de realizarse el procedimiento, o durante el desarrollo del mismo, surgieran hallazgos inesperados, o imprevistos, el equipo médico podrá variar la técnica programada para, de este modo, proporcionar la atención más adecuada. | |
| OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: <ul style="list-style-type: none">- 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 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.- 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. | |

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
MAMOGRAFÍA

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 Clínica Parejo y Cañero Hospital de día | SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO |
| 1.2 | IMÁGENES EXPLICATIVAS |
| <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 MAMOGRAFÍA

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 Clínica Parejo y Cañero Hospital de día | SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO |
|--|-------------------------------------|

(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).

| | | |
|------------|---|---------|
| 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 |

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO
MAMOGRAFÍA

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 Clínica Parejo y Cañero Hospital de día | SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO |
|--|-------------------------------------|

| | |
|------------|-----------------------|
| 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.

Ena.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

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

Fdo.:

Fdo.:

