

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA EN LA COHORTE DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN

INFORMACIÓN

El programa de detección precoz en el que usted participa tiene como objetivo principal diagnosticar el cáncer de pulmón en estadios tempranos de la enfermedad. El programa está diseñado para sujetos de alto riesgo por edad y tabaquismo, sobre todo aquellos que tienen alteraciones de la función pulmonar o enfisema.

Usted participa en el programa de cribado de cáncer de pulmón de la Fundación Jiménez Díaz porque reúne criterios de edad y tabaquismo, y porque tiene alteraciones funcionales respiratorias documentadas por una espirometría, o porque se ha detectado enfisema por TAC en sus pulmones.

En este estudio, le proponemos una prueba adicional a las ya practicadas en el contexto del cribado. Se trata de una prueba de sueño, sencilla e indolora, a realizar en la comodidad de su domicilio.

La relación entre SAHS y algunos tumores en humanos está bien documentada, especialmente en aquellos que experimentan hipoxemia nocturna intermitente, y esta última se asocia a la progresión de tumores en modelos animales. Se especula con que el cáncer de pulmón y el SAHS pueden estar vinculados y que el padecer SAHS, independientemente del hábito tabáquico, supone un factor de riesgo adicional para la aparición de un cáncer de pulmón. También es posible que el SAHS contribuya a la progresión y/o mal pronóstico de la enfermedad oncológica en pacientes con ambas patologías.

El propósito del presente estudio es determinar la prevalencia de trastornos respiratorios del sueño en pacientes de alto riesgo como usted que participan en un programa de cribado de cáncer de pulmón.

Su participación en este estudio no afectará en absoluto a su pertenencia al programa de cribado anual con TAC de baja dosis, tanto si decide someterse a la prueba de sueño como si prefiere abstenerse.

El seguimiento será el mismo, con el mismo profesional y en la misma consulta. Sin embargo, si la prueba de sueño es patológica, será derivado también a la unidad de sueño para realizar seguimiento especializado y el tratamiento que proceda.

Con finalidad científica, todos los datos relacionados con las exploraciones realizadas se introducen de forma segura y anónima en una base de datos interactiva y son automáticamente transmitidos a la base de datos específica del centro en la página web del consorcio internacional de investigación del cáncer de pulmón conocido como I-ELCAP.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D./ D^a.....con DNI.....declaro que el/la médico, Dr/Dra., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En a de De 20....

Firmado...el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a.....con DNI..... y domicilio encallenº..... declaro que el/la médico, Dr/Dra....., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D^a.....con DNI....., dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En a de De 20....

Firmado... el/la representante

MÉDICO

Dr/Dra.....**Luis Seijo Maceiras**.....

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus posibles riesgos, de las alternativas disponibles, y de las consecuencias previsibles en caso de no realización, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera afectar o condicionar la realización de este procedimiento/acto asistencial. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En..... a de De 2016

Firma, nº de colegiado
28564806

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN

Si usted no acepta la realización de la exploración/intervención haga constar el motivo:

.....

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En..... a de De 20....

Firmas: (Paciente) El/la médico Dr..... Colegiado