

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN

### INFORMACIÓN

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

La primera evaluación consta de una espirometría (una sencilla prueba de respiración), la obtención de una muestra de sangre para estudios genéticos y de biomarcadores, y la realización de una TAC de baja dosis sin contraste. Puede participar en el programa aunque ya no fume, siempre y cuando no lleve más de 15 años sin fumar.

Se prevé realizar un control anual mediante TAC de baja dosis de radiación.

En principio el seguimiento será indefinido hasta cumplir los 75 años de edad. Se le informará en todo momento del resultado de las exploraciones realizadas con motivo de su participación en el programa de cribado.

En el caso de detectarse uno o varios nódulos pulmonares, es probable que se indique la realización de pruebas adicionales. La mayoría de los nódulos pulmonares detectados por TAC son subsidiarios de control radiológico a intervalos concretos establecidos por un protocolo basado en la mejor evidencia científica. En algunos casos, se indica la realización de pruebas complementarias, incluyendo estudios de imagen metabólicos como la PET-TAC, o una biopsia pulmonar. La cirugía se reserva para casos con alta sospecha de malignidad.

**Riesgos:** Se estima que el riesgo relacionado con la radiación recibida con motivo de su participación en este programa es muy bajo, puesto que se trata de dosis acumuladas inferiores a los 10 mSv. Al igual que ocurre con el riesgo de la radiación, existe la posibilidad de que sufra algún percance o ansiedad como consecuencia de la identificación de nódulos pulmonares benignos.

En todo caso, es importante reiterar que la inmensa mayoría de nódulos pulmonares detectados tan solo precisan seguimiento radiológico, y que la adherencia al protocolo reduce al máximo las intervenciones invasivas. También hay que recordar que el hecho de que un nódulo sea benigno no es de por sí justificación suficiente para no hacer nada, ya que puede tratarse de una patología relevante e incluso merecedora por sí sola de alguna intervención diagnóstica invasiva.

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<sup>a</sup>.....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<sup>a</sup>.....con DNI..... y domicilio en .....calle .....nº..... 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<sup>a</sup>.....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 2015

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