

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO SANITARIO
Hospital Regional de Málaga

SERVICIO DE GINECOLOGIA

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) TOMA DE MUESTRAS EN AGRESIONES SEXUALES.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para este procedimiento. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a que se le aplique este procedimiento. 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.

LO QUE USTED DEBESABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Usted está siendo atendida por un delito de Agresión Sexual por el que usted ha interpuesto denuncia, para perseguir ese delito, es conveniente realizar la toma de muestras de interés legal dirigidas a identificar al agresor y demostrar el delito en el proceso judicial.

Además es posible que para perpetrar el delito le hayan administrado sustancias tóxicas (Sumisión Química), en este caso será necesario tomar muestras biológicas para detectar sustancias tóxicas que puedan encontrarse en su cuerpo en estos momentos tanto de consumo voluntario como involuntario.

El resultado del análisis estas muestras serán usadas como pruebas en las actuaciones legales pertinentes.

Igualmente hay que tomar muestras biológicas dirigidas a detectar infecciones de transmisión sexual y embarazo, que serán analizadas en este hospital.

CÓMO SE REALIZA:

Se le extraerán muestras biológicas de sangre, orina, y fluidos de su cuerpo (vaginales y/o anales, bucales, faríngeas), así como restos que puedan encontrarse en su cuerpo ó ropas, que serán analizadas en los laboratorios de Criminalística de la Guardia Civil ó Policía Nacional.

Las muestras biológicas para investigar infecciones de transmisión sexual y embarazo (sangre, orina, vaginales y/o anales, faríngeas) se analizarán en este Hospital.

Si hay sospecha de haber sido sometida a Sumisión química se le extraerá muestra de sangre y/o una muestra de orina y/o una muestra de mechón de pelo a ser posible de la región de la nuca, dependiendo del tiempo pasado desde la posible ingesta de las sustancias tóxicas. Estas muestras serán enviadas a Instituto Nacional de Toxicología (INT) para su análisis. Todo el proceso requiere una adecuada cadena de custodia, donde firmaran todos los profesionales que intervienen en la extracción y transporte de las muestras. Los resultados de los análisis de las muestras son enviados al Juzgado correspondiente.

Las muestras para análisis de Sumisión Química, desde su extracción hasta su envío al INT serán custodiadas en este Hospital.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Se tomarán las muestras mediante exploración ginecológica, extracción de sangre y recogida de su orina, pelo y sus ropas. Generalmente no suele producir más molestia que la propia exploración ginecológica.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La toma de estas muestras mediante este procedimiento asegura el valor probatorio del resultado en el procedimiento judicial que se lleve a cabo por el delito del que usted ha sido víctima.

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 MÁSFRECUENTES:**

Al tratarse de una exploración ginecológica con toma de muestras a nivel genital, el riesgo que se puede presentar son:

- Ciertas molestias a nivel genital o en la zona inferior del abdomen, tanto en el momento de la toma de muestras o posteriormente.
- Ocasionalmente un escaso sangrado vaginal por efecto de la manipulación al tomar las muestras..

Y una simple extracción sanguínea, una toma de orina y la toma de un mechón de pelo de la región occipital, no existe riesgo para la vida del paciente.

- **LOS MÁSGRAVES:**

En principio no se han descrito riesgos graves en la toma de muestras.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Pueden existir circunstancias (posibilidad de embarazo actual, tratamiento actual de alguna infección) que puedan influir en el resultado del análisis de estas muestras. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico para que sean valoradas.

Debe comunicar las enfermedades que padece, y si ha sido sometida a algún tipo de intervención quirúrgica.

Si usted ha tomado alguna sustancia toxica de forma voluntaria en las últimas horas, es conveniente que nos lo comunique para reflejarlo en el informe.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos. Sirven para enviar al Juzgado que lleva su procedimiento 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.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(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 tomada en cuenta para la decisión.)

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 _____ Tras ser informada, de que ante la sospecha de haber sufrido un delito de Agresión sexual probablemente mediado por sumisión química, la conveniencia de realizar la toma de Muestras Biológicas de interés legal:

1. De Criminalística para la identificación del Agresor
2. De Toxicología para la detección de aquellas sustancias tóxicas que puedan encontrarse en mi cuerpo en estos momentos, tanto de consumo voluntario como involuntario.

SINO Autorizo a la toma de muestras de interés legal y que serán usadas como pruebas en las actuaciones legales pertinentes.

SINO Autorizo que estas muestras se custodiaran en este Hospital para ser enviadas al Instituto Médico Legal para su análisis.

SINO 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.

SINO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE
REPRESENTANTE LEGAL

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA

Fdo.:

Fdo.:

2.4 RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de este procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de
EL/LAPACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTELEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de
EL/LAPACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA
REPRESENTANTELEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

EL/LA MÉDICO EL/LA FORENSE

Fdo.: _____ Fdo.: _____