

Anexo 4.2
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROYECTO RCP INCLUSIVA MADRID

GRUPO NO PRESENCIAL

Este formulario está dirigido a los familiares de los pacientes que reciben reanimación cardiopulmonar avanzada por las Unidades de emergencias del SUMMA112 que participan en el estudio RCP Inclusiva.

- Investigador principal: Ana María Cintora Sanz
- Comisión de Investigación del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid SUMMA 112

1. INFORMACIÓN

D./Dña(***Nombre del profesional sanitario**) _____,
_____, Profesional de Emergencias del SUMMA 112 Servicio de Urgencias de la Comunidad de Madrid.

Estamos realizando un estudio que consiste valorar el procedimiento de apoyo a la familia durante el soporte vital avanzado que se realiza al paciente.

Le voy a dar información e invitarle a participar en el estudio. Antes de decidirse puede que haya palabras o conceptos que no entienda por lo que puede preguntarme todas las dudas que tenga antes de la firma.

PROPÓSITO

El realizar reanimación cardiopulmonar es una actividad que entra dentro de la práctica habitual de nuestros equipos en nuestro servicio.

El tratamiento consiste en utilizar fármacos y técnica de ventilación de los pulmones y compresiones del toráx en un proceso denominado Reanimación CardioPulmonar Avanzada. El estudio tiene como objetivo evaluar la evolución del duelo en la familia de un paciente, y buscar mejoras en el procedimiento en base a este ítem.

Para valorarlo, necesitaremos consultar el teléfono de contacto del paciente y/o del familiar (sino coinciden), dentro de su historia clínica y/o en este consentimiento.

Con ello; nos pondremos en contacto con ustedes y le consultaremos sobre su valoración de la asistencia recibida y su evolución a lo largo del tiempo (máximo doce meses).

Esta investigación tiene el fin de valorar la efectividad de la actuación realizada, e implantar procedimientos de mejora.

Estamos invitando a todos los adultos con casos similares al suyo y que son atendidos por nuestros equipos de urgencias del SUMMA112 a participar en el estudio.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como no, la atención a su familiar se realizará con las mismas condiciones y con la aplicación de todos los medios disponibles. Su deseo de participación puede revocarse en cualquier momento, que usted lo estime oportuno.

Se precisará consultar los datos de su familiar en su historia clínica en atención hospitalaria (para confirmar el estado clínico del paciente) y contactar con usted de forma telefónica en el plazo máximo de un año.

Los resultados obtenidos de la investigación pueden ser publicados en revistas científicas asegurando en todo momento la confidencialidad y el uso de los datos codificados: esto es, asignando un código que sustituya los datos de identificación de los participantes, que sólo estarán disponibles en una tabla de correspondencia custodiada exclusivamente por la investigadora principal) según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de Abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Según esta norma, tendrá derecho al acceso, modificación, oposición, cancelación, limitación del tratamiento de datos incorrecto y solicitud de copia o de portabilidad con respecto a sus datos.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas en cualquier momento o fase del estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a través del siguiente mail: anamaria.cintora@salud.madrid.org, Tfno 627505126.

- Marcar con una X, en el caso que a la familia se le ha ofertado estar presente y No hayan querido presenciar la RCP:

2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en el estudio RCP inclusiva del SUMMA112. Entiendo que el estudio consiste en dejar consultar los datos de contacto recogidos en la historia clínica que se realiza en servicio de urgencias del SUMMA112 durante un periodo de tiempo de 12 meses.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en este estudio como participante y que se me haga seguimiento y contacte por teléfono dentro de 7-12 meses. Entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico y atención.

Fecha, A de de 202..

-Teléfono Móvil de contacto (o fijo):

-DNI:

-NOMBRE del Participante (FAMILIAR) y DOS APELLIDOS :

.....

-FIRMA:

ENVIAR EL **FORMULARIO IMPRESO** vía **VALIJA INTERNA** a
La ATENCIÓN DE PATRICIA FERNÁN PEREZ (DEPARTAMENTO DE CALIDAD del SUMMA112)
con ASUNTO: **ESTUDIO RCP INCLUSIVA.**