

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado/a Sr/a

Ha sido Usted invitado a participar en un estudio de investigación que lleva por título

“VIVENCIAS Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS OSTOMIZADAS”

Este estudio será llevado a cabo en el Hospital..... por el investigador/a.....

Antes de confirmar su participación en este estudio de investigación es importante que entienda en que consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Objetivo del estudio

Los objetivos principales de este estudio son conocer las vivencias de las personas ostomizadas durante el proceso y su calidad de vida.

Otros objetivos de este estudio son identificar las áreas y dimensiones de la calidad de vida que se ven más afectadas, averiguar que cambia en la vida de las personas ostomizadas y en qué sentido, averiguar el significado del estoma para las personas ostomizadas, conocer los miedos y prejuicios de las personas ostomizadas, conocer la implicación y participación de la familia en su nueva situación y saber cómo perciben la información obtenida de los profesionales y en que medida consideran que es útil para ellos e identificar aspectos susceptibles de mejora en la asistencia sanitaria que reciben.

Justificación del estudio

A través de este estudio se pretende conocer cómo viven las personas ostomizadas el proceso y cómo afecta el estoma a su calidad de vida, para de esta manera poder acometer mejoras en la atención recibida, tanto a nivel de trato personal, información dada...y conocer sus experiencias y motivaciones.

Participación voluntaria

Usted es completamente libre de elegir participar o no en el estudio. Esta decisión no influirá en su atención sanitaria.

Procedimientos del estudio

En una visita a la consulta de Enfermería Estomaterapeuta el equipo investigador se pondrá en contacto para proporcionarle tres cuestionarios relacionados con su estoma y con su calidad de vida percibida.

Su participación no supone ningún riesgo para su salud y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria.

Los cuestionarios proporcionados los podrá devolver, si ha decidido participar en este estudio, en un buzón que hay ubicado en la consulta de Enfermería Estomaterapeuta cuando usted vuelva de nuevo a la consulta o venga por otro motivo al Hospital.

En otra visita que tenga que hacer a esta consulta, el Equipo Investigador se pondrá en contacto para tener una entrevista en una habitación cercana a la consulta de Enfermería Estomaterapeuta.

Esta entrevista no tendrá en ningún momento una duración superior a 60 minutos.

Toda la entrevista será grabada, para posteriormente poder trabajar con ella.

Durante el desarrollo de la misma podrá responder o no, a todas y cada una de las preguntas. De la misma manera podrá darla por finalizada en cualquier momento que a usted le parezca bien.

En una etapa posterior el Equipo Investigador se reunirá con los participantes de las entrevistas para presentar los resultados y buscar la conformidad con las conclusiones halladas.

Confidencialidad

Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que sus opiniones tendrán carácter confidencial y serán tratadas en su conjunto, no de forma individual.

Sus datos serán objeto de un tratamiento disociado, vinculándose a un código, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Todos sus datos se mantendrán estrictamente confidenciales y sólo el equipo investigador conocerá su identidad. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no forme parte del equipo investigador, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad sanitario-paciente (Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999).

Preguntas e Información

Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, no dude en ponerse en contacto con:

D.....Teléfono:.....

El equipo investigador le agradece su inestimable colaboración.

Personal investigador que informa: he informado a este paciente del propósito y naturaleza de esta entrevista y de los resultados que se esperan.

Firma del personal investigador

“VIVENCIAS Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS OSTOMIZADAS”

Yo,....., con
DNI.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con los investigadores responsables del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarme del estudio:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En....., a.....de.....de 20.....

Firma