



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una modalidad de tratamiento intensivo con insulina más avanzada en la diabetes. El tratamiento con ISCI combina de forma independiente una liberación basal continua de insulina con la administración de dosis adicionales de insulina, antes de las comidas y en respuesta a valores elevados de glucemia. El tratamiento con ISCI pretende conseguir la optimización del tratamiento insulínico para alcanzar un excelente control metabólico con el menor riesgo de hipoglucemias.

2. ¿Cómo se realiza?: la administración de insulina se realiza desde una infusora de pequeño tamaño de forma subcutánea a través de un catéter. La programación de la liberación basal continua de insulina es realizada por el médico en cada paciente. Los/las pacientes son adiestrados/as en el cálculo de las dosis de insulina en las comidas siguiendo las instrucciones específicas proporcionadas por el/la médico. Durante el periodo de adaptación a la terapia ISCI, los/las pacientes son entrenados específicamente para alcanzar un grado suficiente de autonomía con este tratamiento.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Frecuentes (más del 10%): las hipoglucemias, que pueden ocurrir con cualquier tratamiento con insulina, son incluso menos frecuentes con esta terapia. Se han descrito episodios de cetosis leve, asociados a una disfunción o a una salida accidental del catéter en el sitio de inserción. Los/las pacientes con ISCI son instruidos especialmente en la resolución de las situaciones de cetosis para evitar cetosis más graves o cetoacidosis.

- **Infrecuentes (menos del 10%):** cetoacidosis diabética. En raras ocasiones infecciones cutáneas en el sitio de inserción del catéter.

4. Consecuencias previsibles de su realización: la mejora del perfil glucémico, la disminución de la frecuencia de hipoglucemias, especialmente las hipoglucemias nocturnas, y a corto plazo y de forma sostenida una reducción significativa de la hemoglobina glicosilada.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: empeoramiento del control metabólico aumentando el riesgo tanto de complicaciones agudas (hipoglucemias graves, cetoacidosis) como de complicaciones crónicas (retinopatía, nefropatía, polineuropatía).

6. Alternativas: es la última opción terapéutica para el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 1. Se utiliza cuando fracasa la terapia con múltiples dosis de insulina, incluso empleando análogos de insulina de acción rápida y de acción prolongada.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____