nutritionDay
WORLDWIDE

Hoja de información y consentimiento del paciente

Estimado Paciente,

"Dia de la Nutricion en todo el mundo"

Queremos invitarle a participar en este importante proyecto que se va a realizar en toda Europa el mismo día en muchos hospitales. Esperamos que participen miles de pacientes.

Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin ningún cambio en su tratamiento médico actual. Por favor, llene el cuestionario cuando haya leído esta hoja de información y esté seguro de que comprende sus derechos al participar.

Este estudio ha sido revisado por el comité de ética de su hospital.

El objetivo de este estudio es evaluar, en un solo día, cómo se maneja la nutrición en los hospitales en toda Europa. La información que reunamos ayudará, en último término, a los hospitales a mejorar el tratamiento nutricional de sus pacientes y constituirá la base de proyectos independientes de control de calidad.

Este estudio se basa en tres cuestionarios. El cuestionario del paciente consiste en 1 hoja que nos gustaría que completara durante el día del estudio. Esto le llevará aproximadamente 20 minutos.

La hoja del paciente que le estamos pidiendo que complete consiste en 3 páginas:

> La primera página describe si su peso ha cambiado durante los últimos 3 a 6 meses. También nos gustaría saber lo que comió durante la última semana antes de su ingreso en el hospital.
>
> La segunda página nos indicará cuánto come y bebe durante el "Día de la Nutrición", así como cuáles son las razones para comer menos de lo que se le haya ofrecido.
>
> En caso de que usted tenga un diágnostico de cáncer se le proporcionará una segunda hoja. La tercera hoja pregunta sobre su manera de comer, su peso , apetito y nivel de actividad general.
>
> Si piensa que necesita más información, pida al personal de Enfermería de la unidad que le ayude. Si tiene dificultades para escribir, por favor pida ayuda para rellenar el cuestionario.

Al mismo tiempo, el personal de la unidad nos proporcionará algunos datos básicos sobre su diagnóstico y tratamiento. Esto lo llevarán a cabo utilizando un segundo cuestionario.

Nos gustaría llamar su atención sobre el hecho de que este cuestionario está disponible en la mayoría de idiomas europeos. Si usted prefiere completar este

cuestionario en otro idioma por favor pregunte al personal de sala para conseguir esto para usted.

Todo esta información será recogida sin ninguna información personal como su nombre o fecha de nacimiento. Es muy importante asegurar que sus respuestas son anónimas a lo largo de toda la realización de esta auditoría y que sólo el personal sanitario que le atiende tenga acceso a información donde conste su nombre.

La transmisión de su información al Centro Coordinador del "Día de la Nutrición" en Austria se realizará únicamente para análisis estadístico. No habrá ninguna referencia a su nombre durante este análisis, ni tampoco aparecerá su nombre en la publicación de resultados.

La persona indicada a continuación contestará cualquier pregunta que Ud. tenga en relación con este proyecto. Si no están en ese momento en la unidad, pueden ser localizados por el personal de la unidad y venir a verle:

Persona de contacto-1: ……

Teléfono/celular : ……

Persona de contacto-2: ……

Teléfono/celular: ……

Si no desea participar en este estudio, nos gustaría que tachara con una raya este cuestionario, fírmelo y entréguelo a cualquiera de las personas que atienden en la unidad. Esto no tendrá ninguna influencia en el tratamiento que Ud. recibe.

He leído este documento y estoy conforme/no estoy conforme en participar en este proyecto.

Nombre del Paciente: .....

Firma: .....