Nota para el paciente y los familiares del paciente de la habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

A los pocos días del alta nos pondremos en contacto con usted para decirle el día que tendrá que venir a hacerse un análisis de sangre y de orina, y el día que tendrá la visita con el médico para ver cómo tiene el colesterol y si hay que hacer tratamiento.

El análisis de sangre y de orina se hará en el edificio de “Consultas Externas” [ver número 2 en el mapa], y la visita se realizará en la planta 4 del edificio “Antigua Escuela de Enfermería” [ver número 1 en el mapa].

Para hacerse el análisis de sangre tendrá que venir en ayunas el día indicado. La orina deberá ser de 24 horas (tal como se le explica en la hoja adjunta).

En caso de duda, pueden llamar al teléfono 933357011, extensión 2527 ó 2133 y preguntar por el Dr. Meco.

Asimismo, si hubiese cualquier contratiempo y no pudiesen venir a hacerse el análisis o no pudiesen venir a la visita, pueden llamar al mismo teléfono.

**NORMAS PARA RECOGIDA DE ORINA 24 HORAS**

SE TRATA DE RECOGER LA ORINA PRODUCIDA DURANTE 24 HORAS (UN DÍA Y SU CORRESPONDIENTE NOCHE)

Inicie la recogida el día anterior al que esté programado.

Desprecie la primera orina de la mañana para vaciar la vejiga de la orina de la noche.

Anote la hora en el siguiente cuadro (ejemplo: 7 horas de la mañana).



A partir de este momento debe ir recogiendo toda la orina producida y guardarla en un sitio fresco (que no le de el sol).

Finalice la recogida al día siguiente (que es el día que tendrá que venir a pincharse).

Anote la hora de esta última orina en el siguiente cuadro (ejemplo: 7 horas de la mañana):



Mida la cantidad total y anótela en el siguiente cuadro:



Traiga al hospital una muestra de toda la que ha recogido en un recipiente pequeño.



Unitat de Lípids i Arteriosclerosis i Unitat de Geriatria

**Servei de Medicina Interna**

**Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge**

Telf.: 93 260 76 64 Fax: 93 260 78 81



**HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.**

PROGRAMA DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS.

Usted ingresó en el hospital por un problema relacionado con la falta de riego sanguíneo en el corazón, ya sea una angina de pecho o un infarto de miocardio.

En este programa queremos valorar los factores de riesgo que han podido contribuir a tener este problema y cómo debemos corregirlos. Dentro de este grupo de factores hay algunos que sabemos provocan la enfermedad del corazón, como pueden ser el tabaquismo, el aumento de colesterol en sangre o el aumento de la presión arterial, aunque hay otros que desconocemos su implicación o su importancia en estos problemas del corazón.

En la mayoría de casos estos factores de riesgo podemos conocerlos fácilmente realizando una extracción de sangre para los análisis convencionales, y si fuera conveniente, estudiar el ADN con relación al riesgo cardiovascular.

Unos días después de haberle dado el alta se le avisará para realizar el análisis de sangre, y posteriormente se le hará una visita médica para conocer los resultados de ese análisis. En función de esos resultados se le indicará un tratamiento y se le harán visitas con mayor o menor periodicidad para comprobar como se corrigen los factores alterados.

En este programa no se impide el tratamiento con ningún medicamento ni ninguna exploración que su médico de cabecera o especialista quiera realizarle.

Para ser incluido en este programa y poder analizar las muestras de ADN si fuera necesario, se requiere la firma de un consentimiento informado, siempre y cuando usted haya entendido el porqué de hacerlo.

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS ANCIANOS SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EL ESTADO DE SALUD GENERAL Y LA CALIDAD DE VIDA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DEL CURSO CLÍNICO.

Yo, Sr./Sra. ............................................................................................., en calidad de ............................................................................del paciente Sr./Sra. ........................................................................................................

* 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 el investigador, Dra. E. Marcos.
* Comprendo que la participación es voluntaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

L’Hospitalet de Llobregat, ............. de ................................ del ................

Firma del participante/responsable Firma del investigador