



Llista de comprovació per avaluar la qualitat dels formularis de consentiment informat

Títol del formulari

Servei que ha elaborat el formulari

Nom de qui avalua el formulari Data

D = dubtós

1. Títol i encapçalament	Sí	No	D
S'hi inclou el nom de la institució (hospital, centre d'especialitats, centre de salut, consultori, etc.) que es fa responsable de la informació facilitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi inclou el nom del servei hospitalari o de la unitat de gestió clínica que es fa responsable de la informació facilitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi especifica el nom de la intervenció o del procediment proposats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Només amb el nom tècnic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'acompanya d'una explicació en termes generals senzills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Contingut informatiu (informació que el formulari explica)	Sí	No	D
En què consisteix el procediment o la intervenció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finalitat o objectius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseqüències segures que siguin rellevants o d'importància	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficis que es poden esperar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riscs, molèsties o efectes secundaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Els probables en condicions normals, segons l'experiència i l'estat de la ciència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Els directament relacionats amb el tipus d'intervenció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Els relacionats amb les circumstàncies personals o professionals del pacient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraindicacions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi ha deixat espai en blanc per consignar-hi la informació de manera personalitzada, ja que aquesta no s'expressa totalment en el formulari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi ofereix al pacient explícitament l'oportunitat de rebre més informació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi informa sobre la possibilitat de retirar el consentiment lliurement en qualsevol moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Qualitat de la informació	Sí	No	D
Llegibilitat formal adequada d'acord amb l'índex de Flesch-Szigriszt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mida de la lletra del text no inferior a 12 punts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La informació s'organitza en capítols o apartats separats per epígrafs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Els termes tècnics se substitueixen, sempre que sigui possible, per explicacions senzilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Els termes numèrics probabilístics se substitueixen per explicacions senzilles, del tipus "de cada 100 casos en què s'aplica aquesta tècnica, en 5 pot succeir..."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi utilitzen imatges explicatives (no merament ornamentals)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'hi assenyalen les dates d'elaboració i de revisió del document	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Consentiment	Sí	No	D
Identificació del pacient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificació del professional sanitari responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificació del professional sanitari que ha facilitat la informació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaració de conformitat del pacient sobre la informació rebuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espai per a la signatura del pacient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signatura del professional sanitari que obté el consentiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaració, signatura i datació en cas que el pacient rebutgi la intervenció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaració, signatura i datació en cas que el pacient revoqui el consentiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaració, signatura i datació en cas que el pacient sigui considerat incapaç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificació del representant (nom, DOI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signatura del representant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altres comentaris sobre el document	Valor final	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No