

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DATOS BÁSICOS PARA EL ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR CON EL USO DE AGUJAS PARA PLUMAS DE INSULINA

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) está interesado en conocer su percepción del dolor con la utilización de un tipo de agujas para plumas de insulina. Para ello, solicitamos su colaboración para probar un lote de agujas y conocer su grado de dolor.

Las agujas que se le facilitan para el estudio están todas comercializadas y cumplen todos los requisitos para participar en el concurso de suministros. El uso de un tipo u otro de aguja no interfiere en la pauta terapéutica.

Su participación consistirá en usar para su tratamiento habitual o el de su hijo o hija durante 5 días las agujas que se le entreguen, registrando en cada uso el grado de dolor percibido utilizando la escala visual del dolor que se le proporciona. Al final de los 5 días deberá registrar también si le han aparecido hematomas y su grado de aceptabilidad con las agujas utilizadas.

Esta participación es voluntaria, los datos se procesarán anónimamente y podrá abandonar el estudio si así lo desea en cualquier momento.

D. / Dña. \_\_\_\_\_ Familiar  Paciente

(en caso de ser familiar, del paciente \_\_\_\_\_)

consiente participar en un estudio para valorar su percepción del dolor con las agujas entregadas por el SESPA.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma del paciente o familiar

Revocación del consentimiento o abandono

Edad: \_\_\_\_ años      Sexo: Hombre  Mujer       REFERENCIA AGUJAS: \_\_\_\_\_

Años con diabetes: \_\_\_\_\_      Años tomando insulina: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tipo de insulina está utilizando? \_\_\_\_\_

2. ¿En qué lugares se pincha? Muslo  Brazo  Abdomen  Nalgas

3. Seleccione el número de veces que utiliza cada aguja:

Una vez  Dos veces  Tres o más veces

4. ¿Recuerda la marca de agujas que utiliza en la actualidad?

No  Sí

Si ha seleccionado la opción "Sí", indique el nombre de la marca de agujas:

\_\_\_\_\_