

Fecha: \_\_\_\_\_

---

## Formulario Investigación Médica

### Información personal:

Apellidos:

\_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Localidad:

\_\_\_\_\_

Provincia:

\_\_\_\_\_

Código Postal:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_

Teléfono fijo:

\_\_\_\_\_

Teléfono Movil:

\_\_\_\_\_

E- Mail:

\_\_\_\_\_

### Datos de implantación de las prótesis DePuy:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Cirujano:

\_\_\_\_\_

Sanidad:

Pública     Privada

Tipo de Prótesis:

Derecha     Izquierda     Ambas

Modelo:

ASR articular surface     ASR XL Acetabular

Clínica / Hospital:

\_\_\_\_\_

Nº identificativo de prótesis:

\_\_\_\_\_

Evolución de las prótesis DePuy

Revisiones:  Sí  No

Sanidad:  Pública  Privada

Fechas de las revisiones: \_\_\_\_\_

Cirujano que revisó: \_\_\_\_\_

Resultados Analíticas Sanguíneas

Nivel Cromo en Sangre:

Nivel Cobalto en Sangre:

Que seguimiento médico ha tenido la prótesis de cadera:

## Explantación de las prótesis DePuy (Si se realizó)

Fechas: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_

Clínica/Hospital: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Coste: \_\_\_\_\_

Sanidad:

Pública

Privada

Factura:  Sí  No

Marca y número de las prótesis nuevas en caso de sustitución: \_\_\_\_\_

Tiene prevista la sustitución: \_\_\_\_\_

## Síntomatología y otros daños producidos por DePuy

Tiene o ha tenido síntomas en la zona de cadera o en la marcha :

Ha tenido o tiene otra sintomatología particular, a cualquier nivel:

Ha tenido o tiene alguna de la sintomatología expuesta a continuación:

- Enfermedades renales (insuficiencia renal...)
- Enfermedades Pulmonares de cualquier tipo (bronquitis, asma, neumonías de repetición, tumores...)
- Síntomas alérgicos (Dermatitis, angioedema...)
- Enfermedades Cardiacas.
- Enfermedades tiroideas
- Neuropatías (alteraciones en la sensibilidad nerviosa, fuerza muscular, dolores repetidos de difícil explicación...)

**Explique brevemente sus síntomas:**

**Seguros** (algunos seguros reembolsan los honorarios por posibles reclamaciones administrativas y judiciales)

Seguro de defensa jurídica:  Sí      Compañía: \_\_\_\_\_  
 No

Seguro multirriesgo del hogar:  Sí      Compañía: \_\_\_\_\_  
 No

Documentación que se adjunta **DOS COPIAS (SÓLO FOTOCOPIAS):**

- Ficha de Identificación de las prótesis DePuy
- Informe médico de alta tras la implantación de la prótesis
- Informe/s de seguimiento de las prótesis DePuy
- Analíticas sanguíneas tras la alerta sanitaria
- informe de explantación de la prótesis DePuy
- Facturas de Gastos
- Informe de psicólogo/psiquiatra
- DNI/ Pasaporte (obligatorio)
- Otros : \_\_\_\_\_

## Colaboración con Medios de Comunicación.

- NO** autorizo a remitir mis datos personales de contacto a los medios de comunicación.
- Autorizo a remitir mis datos personales de contacto a los medios de comunicación para que se pongan en contacto conmigo.
- Autorizo a remitir mis datos personales de contacto a los medios de comunicación para que se pongan en contacto conmigo siempre y cuando el periodista garantice mi anonimato.

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE DAÑOS CAUSADOS POR LAS PRÓTESIS DE CADERA DEPUY ASR™ ARTICULAR SURFACE REPLACEMENT Y DEPUY ASR™ XL ACETABULAR**

Los datos recogidos en los presentes formularios servirán para la participación en un proyecto de investigación que va a realizar el despacho **Emilio Ortiz Abogados** y que comprende una parte genérica de Bio-mecánica y otra médica sobre posibles consecuencias de la exposición a las partículas de cromo y cobalto en sangre.

Usted puede participar en este estudio de investigación, debido a que es portador de prótesis de cadera DePuy ASRTM ARTICULAR SURFACE REPLACEMENT o DEPUY ASRTM XL ACETABULAR, que le fueron implantadas en España.

La finalidad de este estudio es la determinación de los daños actuales y futuros a los que los portadores de prótesis DePuy están expuestos a través de la constatación de los daños que se están produciendo de forma común en otros afectados y la participación a las acciones ya iniciadas, siendo los primeros en España en ejercitarlas.

Los datos que se recojan en el proyecto serán contemplados de forma anónima en sus resultados finales.

Para poder participar debe aceptar mediante la firma en aquellas páginas donde encuentre la palabra “firma:”

### **Desarrollo del proceso valorativo:**

**Emilio Ortiz Abogados** recopilará los formularios en Papel junto al resto de documentación solicitada y lo remitirá a los técnicos competentes para que determinen si el producto retirado del mercado está causando daños no contemplados en la Alerta sanitaria emitida por la AEMPS en fecha 25 de octubre del 2010.

El despacho **Emilio Ortiz Abogados** financiará íntegramente este proyecto de investigación, siendo propiedad del mismo los resultados del proyecto y podrán ser utilizados en la defensa de los intereses de los afectados en futuras acciones legales.

Este proyecto de investigación con el análisis de los daños que en la actualidad están concurriendo en los portadores de las prótesis, todo o parte del mismo se hará público en la página web o será remitido a los afectados, y se utilizará para depurar las responsabilidades de los fabricantes e importadores de las prótesis defectuosas.

Posteriormente, nuestro despacho mantendrá informados a los pacientes acerca de las sucesivas valoraciones que por parte de los profesionales contratados nos comunicarán, a los efectos de efectuar un seguimiento de las eventuales consecuencias de esa exposición a los metales en sangre, y por lo tanto evaluar futuras reclamaciones judiciales. Es decir, nuestros servicios no se acaban con la obtención de la compensación económica; nosotros queremos ir más allá, comprometiéndonos a realizar ese seguimiento médico a través de los distintos profesionales que a la sazón hemos contratado.

### **CONTACTO**

Pueden contactar con nosotros en la siguiente dirección:

**emilioemilio1971@hotmail.com**

**www.emilioortizabogados.com**

**Tel.: 691 812 850**

**Fax.: 952 216 955**

## AVISOS LEGALES

### Veracidad de los datos

Con la firma del presente formulario usted declara que todos los datos contemplados en el mismo son ciertos, estén o no refrendados por documentación médica que lo acredite.

Tanto las instituciones públicas como privadas cuentan exclusivamente con los datos transmitidos por la Empresa Dupuy. Con la investigación realizada por un organismo imparcial podremos conocer los efectos actuales y futuros que las prótesis DePuy pueden causar.

Los resultados se pondrán en conocimiento de las instituciones públicas, hospitales y cirujanos para que tomen las medidas oportunas para diagnosticar y tratar otros daños no contemplados por la Empresa Dupuy, fabricante de las prótesis, agradeciéndoles una vez más su colaboración.

### Requisitos para participar

Para poder participar en este proyecto de investigación, es preciso que usted sea o haya sido portador de prótesis DEPUY ASRTM ARTICULAR SURFACE REPLACEMENT O DEPUY ASRTM XL ACETABULAR. Y haber sido implantado en España.

### No podrá participar en este proyecto de investigación si su caso está siendo defendido por otros abogados no pertenecientes a Emilio Ortiz Abogados.

**Autorización:** He leído y entendido las explicaciones contempladas en este formulario, y manifiesto mi voluntad de que los datos transcritos sirvan para formar parte del Estudio de investigación, con todas sus partes.

El envío de datos personales mediante el uso de este formulario o, en su caso, mensajes de correo electrónico, supone el consentimiento expreso del remitente al tratamiento automatizado de los datos en los términos autorizados.

Queda igualmente informada sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, reconocidos por el ordenamiento en la siguiente dirección:

**Calle Muro de Puerta Nueva, 3 - 29005, Málaga.**

**Fax.: 952 21 69 55**

**Tel.: 691 81 28 50**

**emilioemilio1971@hotmail.com**

En la petición deberá adjuntar la siguiente información: Nombre, apellidos y fotocopia del DNI · Derecho que desea solicitar y contenido de su petición.

Indicar un domicilio a efecto de notificaciones. **Emilio Ortiz Abogados** procederá a la cancelación (o bloqueo) de los datos recogidos cuando dejen de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la que hubiesen sido recabados o registrados.

El Despacho **Emilio Ortiz Abogados** mantiene los niveles de seguridad de protección de datos personales conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de Diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la Ley 8/2001, de 13 de julio de Protección de Datos de Carácter Personal de La Comunidad de Madrid, el suscriptor autoriza a **Emilio Ortiz Abogados** a la obtención, utilización y cesión de los datos de carácter personal que sean proporcionados.

Firma