

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT PROVA D'ESFORÇ

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... amb domicili a .....  
(nom i cognoms)  
..... i DNI núm. ...., en qualitat  
de representant legal/familiar o de parentesc de.....  
(nom i cognoms del pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient en la meva situació sotmetre'm a una PROVA D'ESFORÇ.

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Per fer el diagnòstic i valorar el tractament de la cardiopatia isquèmica, la prova d'esforç és, segons el criteri facultatiu, la més adequada. Aquest procediment suposa realitzar exercici físic progressiu en una cinta rodant, sota control mèdic electrocardiogràfic i de tensió arterial.

### RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUËNTS)

Usant un aparell mecànic en moviment hi ha risc de patir qualsevol caiguda o dany físic derivat del procediment.

Els riscos més probables són: aparició de dolor toràctic (angina o infart), arítmies (bradi o taquiarítmies) que ocasionalment poden ser perilloses i, en casos molt rars, mortals; canvis de la tensió arterial (hipo o hipertensió) que en alguna ocasió pot ser greu i necessitar tractament immediat. També pot causar insuficiència cardíaca.

A més, les circumstàncies personals (malalties, hàbits adquirits o tractaments previs del pacient) poden incrementar la incidència d'aparició d'altres riscos.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm realitzi aquesta prova.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... 20.....

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa**

Olot, ..... de..... de 20.....