

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

ADMINISTRACIÓ DE FIBRINOLÍTICS EN L'INFART DE MIOCARDI

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

.....
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a
i DNI núm., en qualitat de representat 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 meua situació realitzar tractament amb FIBRINOLÍTICS.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL TRACTAMENT

L'administració de fibrinolítics en el context de l'infart de miocardi té com a finalitat desfer el coàgul de l'artèria coronària i salvar al màxim el múscul cardíac. S'assoleix un 30 i 60 % dels casos, tot i que hi ha molts de factors que poden influir de forma molt important, localització de l'obstrucció, temps de durada, tractaments previs... hi ha unes indicacions específiques per a l'administració d'aquests.

Hi ha unes contraindicacions absolutes - hemorràgia activa, antecedents d'hemorràgia intracranial, administració prèvia del mateix fibrinolític en els darrers 6 mesos, al·lèrgia coneguda al fàrmac, AVC de menys de 6 mesos, cirurgia major o traumatisme important en els darrers tres mesos, dissecció aòrtica, retinopatia diabètica proliferativa, embaràs... ; i contraindicacions relatives AVC de mes de 6 mesos evolució, HTA no controlada, cirurgia menor en els darrers 7 dies, insuficiència renal, insuficiència hepàtica, pericarditis, menstruació, lactància.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS

Hemorràgia en el 20-40 % dels pacients, reaccions al·lèrgiques, hipotensions, bradicàrdia, calfreds, febre i arítmies ventriculars.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

No existeixen preparats alternatius, caldria deixar a la evolució espontània de la lesió miocardiàca.

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 el tractament amb fibrinolítics.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... 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

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.....