



DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT RIGIDESA ARTICULAR MITJANÇANT UNA ARTRÒLISI

..... 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/am'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és convenient, en la meva situació, realitzar el procediment/ tractament quirúrgic RIGIDESA
ARTICULAR MITJANÇANT UNA ARTRÒLISI. He llegit la informació que se m'ha entregat i que es descriu a
continuació.

PREOPERATORI

Abans de la cirurgia serà necessari realitzar-li algunes proves diagnòstiques, com ara analítica,
radiografies o electrocardiograma. També li indicarem des de quina hora ha d'estar en dejú.

PROCEDIMENT

El propòsit principal de la intervenció és recuperar una mobilitat funcional suficient de
l'articulació.

La intervenció pot demanar anestèsia, el tipus i modalitat de la qual seran valorats pel Servei
d'Anestèsia i Reanimació.

La intervenció consisteix a alliberar les adherències que restringeixen la mobilitat i modificar o
allargar les estructures òssies, tendinoses, capsulars o musculars que puguin influir en aquesta
limitació. En ocasions pot realitzar-se una manipulació sota anestèsia. Si no és suficient, es pot
proseguir amb una alliberació articular mitjançant artroscòpia. Si aquesta tampoc no fos suficient,
caldrà l'obertura de l'articulació i l'alliberació de les adherències a cel obert.

DESCRIPCIÓ DELS RISCOS

Tota intervenció quirúrgica, tant per la mateixa tècnica operatòria com per la situació vital de
cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...), porta
implícites una sèrie de complicacions, comunes i potencialment serioses, que podrien requerir
tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics i que, en un mínim percentatge de casos,
podrien ser causa de mort.

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per a TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA RIGIDESA ARTICULAR MITJANÇANT UNA ARTRÒLISI poden ser:

- Infecció de les ferides quirúrgiques o de l'articulació.
- Lesió d'estructures vasculonervioses adjacents a l'articulació.
- Fractura d'estructures òssies properes a l'articulació durant les manipulacions requerides.
- Trencament de tendons o lligaments adjacents.
- Hematomes de zones adjacents.
- Distròfia simpaticoreflexa.
- Miositis ossificant.
- Problemes de cicatrització cutanis, ja que, al recuperar la mobilitat articular, la zona cutània que estava contreta es veu sotmesa a tensió.
- Recurrència de la rigidesa que requereixi noves intervencions.
- Síndrome compartimental.

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Com a alternativa al procediment proposat, podrà seguir un tractament analgèsic per eliminar el dolor. Aquest tractament només millora els símptomes però no atura el desgast progressiu de l'articulació o la deformitat.

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 com:

.....
.....

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

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 em sigui practicat el procediment/ tractament quirúrgic de RIGIDESA ARTICULAR MITJANÇANT UNA ARTRÒLISI:

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 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 informant

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