

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### ARTROPLÀSTIA D'ESPATLLA

..... 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 convenient procedir, en la meua situació, a realitzar el procediment/ tractament quirúrgic de  
ARTROPLÀSTIA D'ESPATLLA. He llegit aquesta 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 analítica, radiografies o electrocardiograma. També li indicarem l'hora en la que ha de començar el dejú.

El propòsit principal de la intervenció és alleugerar el dolor i intentar millorar la funció articular.

La intervenció precisa d'anestèsia, la qual serà valorada segons tipus i modalitat pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.

La intervenció consisteix en substituir l'articulació malalta o fracturada, i reemplaçar-la per una pròtesis articular. Pot ser necessària la utilització de ciment per fixar el o els components de la pròtesis a l'os. Segons el diagnòstic, pot ser necessària una artroplàstia total (implantació de components protètics humerals i glenoides) o una hemiartroplàstia (implantació únicament del component humeral, com sol passar en las fractures complexes del cap humeral).

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

Les complicacions de la intervenció quirúrgica en una ARTROPLÀSTIA D'ESPATLLA poden ser:

- Fractures de l'os hoste durant la intervenció o més tardanes.
- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Lesió dels vasos adjacents. Si s'afecta un gran vas pot produir-se una hemorràgia massiva, el que podria provocar, fins i tot, la mort.
- Lesió o afectació dels nervis adjacents, el que podria ocasionar trastorns sensitius i/o motors que poden ser irreversibles.
- Malaltia tromboembòlica, que pot donar lloc (en el pitjor dels casos) a embolisme pulmonar i mort.
- Complicacions cutànies (necrosis, etc.).
- Infecció de l'implant, que pot obligar a la extracció de la pròtesi si el tractament antibiòtic fracassa.
- Luxació de la pròtesi, que pot exigir la seva reducció o recanvi.
- A l'implantar la pròtesi pot produir-se variacions en la mida del húmer, retroversió del coll i cap humeral o equilibrat dels teixits tous, el que pot causar limitació funcional del membre.
- Afluixament de la pròtesi o desgast de la mateixa, que pot implicar la necessitat d'un recanvi protètic pràcticament sempre, amb un pitjor resultat clínic previst respecta l'inicial.
- Ossificació dels teixits que envolten la pròtesi que poden causar dolor i/o limitar la mobilitat de la mateixa.
- Rigidesa articular.
- Poden produir-se complicacions de tipus cardiopulmonar o altres, amb repercussió sobre l'estat general del pacient, així com confusió mental postoperatòria, sobretot en pacients d'edat avançada.
- Pot ésser necessària la transfusió de sang.
- En alguns casos pot ésser necessari un tractament de rehabilitació de llarga durada per millorar la mobilitat i potencia muscular del pacient, tot i haver-se realitzat el tractament quirúrgic correcte.

#### ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Com a alternativa al procediment proposat, podrà seguir amb tractament analgèsic antiinflamatori, intentar limitar l'activitat física evitant moviments dolorosos i efectuar un programa de rehabilitació. Amb aquest tractament només millorarà parcialment els símptomes, però sense aconseguir, generalment, evitar un deteriorament progressiu de l'articulació.

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 meua 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 ARTROPLÀSTIA D'ESPATLLA:

.....

**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 meua 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.....