

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

ARTROSCÒPIA 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/am'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és convenient, en la meua situació, realitzar el procediment/ tractament quirúrgic d'ARTROSCÒPIA
D'ESPATLLA. He llegit la informació que se m'ha entregat i que es descriu a continuació.

PREOPERATORI

Abans de l'operació, és necessari realitzar algunes proves diagnòstiques, com analítica, radiografies o electrocardiograma. També li indicarem des de quina hora ha d'estar en dejú.
El propòsit principal de la intervenció és diagnosticar i tractar les diferents malalties que afecten l'espatlla.
La intervenció demana anestèsia, el tipus i la modalitat de la qual serà valorada pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.
La intervenció consisteix a introduir dins de l'articulació de l'espatlla una petita càmera de vídeo a través d'una petita incisió (que es denomina *portal*). Així es pot explorar, sota visió directa, una gran quantitat dels problemes que afecten aquesta articulació. Habitualment són necessaris altres portals per introduir instruments i poder tractar les lesions. És el cirurgià qui indica que cal fer aquesta tècnica, tot i que és un procediment freqüentment utilitzat en el tractament de la síndrome subacromial, esquinç del manegot dels rotatoris, inestabilitat de l'espatlla, extracció de cossos lliures, etc. Les indicacions es van modificant amb el pas del temps i cada vegada són més les lesions que poden ser tractades amb tècniques d'artroscòpies. En algunes de les tècniques utilitzades pot ser necessari l'ús d'implants metàl·lics o altres materials dins l'os. Aquests implants poden ser permanents o bé pot ser necessari treure'ls amb una segona intervenció.
Qualsevol intervenció quirúrgica, tant per la mateixa tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...) suposa 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, poden ser causa de mort.

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per ARTROSCÒPIA D'ESPATLLA poden ser, entre d'altres:

- Infecció de les ferides quirúrgiques o de l'articulació. La freqüència d'aquesta complicació en la cirurgia artroscòpia és mínima.
- Lesió d'estructures vasculonervioses adjacents a l'articulació, que puguin portar a l'amputació del membre i a seqüeles neurològiques irreversibles.
- Hemorràgia.
- Rigidesa articular, que pot requerir un llarg temps de rehabilitació o una nova intervenció per alliberar les adherències articulars.
- Fractura d'estructures òssies properes a l'articulació durant les manipulacions requerides.
- Esquinç de tendons o lligaments adjacents.
- Hematomes en zones adjacents.
- Distròfia simpàtica/reflexa.
- Paràlisi dels nervis de la mà, que habitualment són recuperables, i molt poc freqüent.
- Síndrome compartimental.
- Fallades i ruptures del material utilitzat.
- Trombosi venosa i, eventualment, tromboembolisme pulmonar de greus conseqüències.

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Com a alternativa al procediment proposat, podrà seguir amb tractament analgèsic i antiinflamatori, efectuar repòs relatiu i immobilització de l'articulació afectada. Aquest tractament, possiblement, només millora els símptomes.

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 ARTROSCÒPIA 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 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.....