

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT RECEPTOR DE TEIXIT OSTEOTENDINÓS - EMPELT OSSI

..... 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 necessari/convenient en la meva situació, sotmetre'm a un tractament quirúrgic de RECEPTOR DE
TEIXIT OSTEOTENDINÓS o EMPELT OSSI.

PREOPERATORI

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

PROCEDIMENT

L'objectiu de la intervenció és la reconstrucció de pèrdues de substància òssia provocades per infeccions, quists, resecció de tumoracions benignes o malignes, defectes ossis al voltant a la pròtesi articular de maluc, genoll o altres localitzacions, defectes congènits o pèrdues òssies en traumatismes. També s'utilitza per establir ponts ossis en articulacions que precisen artròdesis, proporcionar límits ossis per limitar la mobilitat, afavorir la curació d'una pseudoartrosis, estimular la consolidació òssia o omplir defectes en retards de consolidació o osteotomies.

La intervenció pot necessitar anestèsia. El Servei d'Anestèsia i Reanimació estudiarà les seves característiques personals, i l'informarà de quina és la més adequada en el seu cas.

La intervenció consisteix en reconstruir l'esquelet mitjançant la utilització d'empelt ossi provinent del banc, o bé mitjançant l'ús de fragments grans o bé mitjançant petits fragments d'os triturat.

DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

La intervenció quirúrgica sobre l'EMPELT OSSI pot presentar les següents complicacions:

- Tota intervenció quirúrgica porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses, tant per la pròpia tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...), que podrien fer variar la tècnica operatòria programada, necessitar tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics; i també poden implicar un mínim percentatge de mortalitat.
- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Lesió vascular.
- Lesió o afectació d'algun tronc nerviós, que pot causar, temporal o definitivament, alteracions sensitives o motores.
- Ruptura o esclat de l'os manipulats.
- Ruptura per cansament de l'empelt ossi, o bé la seva resorció.
- Transmissió de malalties no conegudes en aquest moment, no detectables amb els criteris actuals de selecció de donants i amb les proves diagnòstiques que proporciona la ciència en els nostres dies.
- Fracàs en la integració de l'empelt ossi i persistència de la causa que motiva la seva utilització.
- Afluixament o ruptura de l'implant metàl·lic utilitzat per la fixació de l'empelt.

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

No existeixen.

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 meua 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 RECEPTOR DE TEIXIT OSTEOTENDINÓS o EMPELT OSSI de:.....

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.....