

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT TRACTAMENT QUIRÚRGIC D'EXTRACCIÓ DE MATERIAL

..... 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 meua situació, sotmetre'm a un tractament quirúrgic d'EXTRACCIÓ DEL
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.

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 principal de la intervenció és prevenir els trastorns que poden desencadenar-se a mig i llarg termini en l'os que conté material d'osteosíntesi, així com alleugerir el dolor o les molèsties de les que a vegades és responsable aquest material.

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

La intervenció consisteix en l'extirpació del material d'osteosíntesi, que pot ser molt divers (agulles, cargols, plaques, claus intramedul·lars, etc.) i que s'havia col·locat anteriorment pel tractament de fractures o realització de diversos tractaments en cirurgia ortopèdica.

DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

Les complicacions de la intervenció quirúrgica poden ser:

- 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.
- Problemes vasculonerviosos secundaris a la utilització del tub d'isquèmia.
- Infecció de la ferida quirúrgica.
- Lesió dels vasos adjacents.
- Lesió o afectació dels nervis adjacents, 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.
- Trencament o esclat de l'os que es manipula en la intervenció, que pot obligar a la realització d'una nova osteosíntesi en el mateix acte quirúrgic o en un segon temps.
- Poden produir-se diferents complicacions de caire tècnic, que impossibilitin o desaconsellin l'extracció de part o de la totalitat del material implantat.
- Complicacions cutànies (necrosi, etc.).
- Distròfia simpàtica (reflexa) o malaltia de Südeck.
- Síndrome compartimental.
- En determinats casos pot ser necessària la transfusió de sang.

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 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 d'EXTRACCIÓ DEL MATERIAL D'OSTEOSÍNTESI 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 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.....