

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT FRACTURA TERÇ PROXIMAL DE FÈMUR

..... 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 realitzar el procediment/ tractament quirúrgic de fractura de l'extrem proximal del fèmur.

1. 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.

2. El propòsit principal de la intervenció és restablir, en la mesura del possible, l'anatomia i funció del fèmur proximal i del maluc, amb l'objectiu de controlar el dolor, aconseguir la consolidació òssia i permetre la recuperació funcional de l'extremitat.

3. La intervenció pot precisar d'anestèsia, el tipus i la modalitat seran valorades pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.

4. La intervenció consisteix en la reducció quirúrgica de la fractura i la seva estabilització mitjançant dispositius metàl·lics.

5. 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 serioses, que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics i que, en un mínim percentatge de casos, poden ser causa de mort.

6. Les complicacions de la intervenció quirúrgica pel TRACTAMENT DE LES FRACTUES DE FÈMUR PROXIMAL poden ser:

- a** Infecció de la ferida quirúrgica.
- b** Lesió vascular.
- c** Lesió o afectació d'algun tronc nerviós que pogués causar, temporal o definitivament, trastorns sensitius o motors.
- d** Trencament o cruït de l'ós que es manipula durant la intervenció.
- e** Afluixament o trencament del material implantat.
- f** Flebitis o tromboflebitis que podrien provocar embolisme pulmonar i mort.
- g** Embòlia grassa.
- h** Rigidesa o limitació funcional articular.
- i** Retràs o fracàs de la consolidació òssia, que pogués requerir noves intervencions.
- j** Dolor residual.
- k** Necrosis cutània.
- l** Escurçament, allargament o defectes de rotació del membre intervingut.
- m** Complicacions de l'estat general com conseqüència de la edat, que poden originar inclús la mort.

7. ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Com alternativa al procediment proposat podrà seguir amb tractament analgèsic i antiinflamatori, efectuar repòs per descarregar l'articulació afectada. Aquesta alternativa impossibilita la mobilitat anticipada del pacient amb un important risc vital.

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 fractura del terç proximal de fèmur.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional ingrés per CMA

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.....