

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT INFILTRACIÓ

..... 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 d'INFILTRACIÓ.

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

Consisteix en la introducció d'una substància antiinflamatòria (generalment associada a un analgèsic local) amb una xeringa en una part de l'organisme. Es pot utilitzar com a tècnica diagnòstica, o per tractar un procés inflamatori o una lesió quística en l'os.

L'objectiu de les infiltracions consisteix en intentar alleugerir o suprimir el dolor i les manifestacions inflamatòries, prevenir o recuperar la limitació funcional, accelerar l'evolució favorable del procés i disminuir o eliminar la necessitat de tractaments més agressius o amb efectes secundaris.

Només quan s'utilitzen per resoldre lesions quístiques en l'os, la intervenció necessita anestèsia que pot ser regional o general depenent de la lesió a tractar. El Servei d'Anestèsia i Reanimació estudiarà les seves característiques personals, i l'informarà de quina és la més adequada.

CONSEQUÈNCIES SEGURES

Després de la infiltració presentarà molèsties a la zona d'inoculació, degudes a la mateixa punxada i al volum del medicament introduït. Si la injecció s'ha introduït dins de l'articulació és convenient que romangui en repòs durant 24- 48 hores, per disminuir el risc d'augment de la inflamació articular.

DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

Les complicacions de la infiltració de l'articulació són:

- Reacció al·lèrgica a la medicació administrada, hipotensió arterial, així com un mínim percentatge de mortalitat (anafilaxi).
- Lesió de vasos adjacents.
- Lesió de nervis adjacents.
- Lesió dels tendons adjacents.
- Infecció a la zona de la punxada.
- Irritació de l'articulació amb inflamació de la mateixa.
- Descompensació de la diabetis, hipertensió arterial o úlcera.
- Aparició d'atròfia cutània en la zona d'administració.

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

La lesió objecte de la infiltració pot tractar-se amb medicació antiinflamatòria i repòs relatiu, o bé amb mesures fisioterapèutiques.

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 d'INFILTRACIÓ 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.....