

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT PSEUDOARTROSI ASÈPTICA

..... 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 de PSEUDOARTROSI
ASÈPTICA. He llegit la informació que se m'ha entregat i que es descriu a continuació.

PREOPERATORI

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

PROCEDIMENT

El propòsit principal de la intervenció és tractar la falta de consolidació d'una fractura que després d'un període prolongat de tractament no ha aconseguit la reparació òssia.

La intervenció pot demanar anestèsia, el tipus i modalitat de la qual seran valorats pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.

La intervenció consisteix a proporcionar les condicions per permetre la consolidació de la fractura. Pot ser necessària l'aportació d'empelt ossi (procedent del banc o del mateix pacient), l'ús de dispositius metàl·lics per estabilitzar l'os (cargols, plaques, claus o fixadors externs) i, eventualment, l'abordatge del focus de la fractura.

DESCRIPCIÓ RISCOS

Tota intervenció quirúrgica, tant per la mateixa tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...), porta implícites 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 podrien ser causa de mort.

DESCRIPCIÓ COMPLICACIONS

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per TRACTAMENT DE PSEUDOARTROSI ASÈPTICA poden ser:

- Infecció de la ferida quirúrgica
- Lesió vascular
- Lesió o afectació d'algun tronc nerviós que podria causar, temporalment o definitiva, trastorns sensitius o motors.
- Ruptura o esclat de l'os que es manipula durant la intervenció.
- Afluixament o ruptura del material implantat.
- Flebitis o tromboflebitis que podrien provocar embolisme pulmonar i mort.
- Embòlia grassa.
- Rigidesa o limitació funcional articular.
- Fracàs en la consecució de la consolidació òssia que pugui requerir intervencions addicionals.
- Dolor residual.
- Síndrome compartimental.
- Distròfia simpaticoreflexa.
- Escurçament, allargament o defectes de rotació del membre intervingut.
- Complicacions en la zona donadora de l'empelt ossi, tals com hematomes, infeccions i fractures òssies.

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 de PSEUDOARTROSI ASÈPTICA:
.....

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.....