

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

COLANGIOPANCREATICOGRAFIA RETRÒGRADA (ERCP) I ESFINTEROTOMIA ENDOSCÒPICA

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient en la meua situació, sotmetre'm al tractament quirúrgic d'una
COLANGIOPANCREATICOLOGRAFIA RETRÒGRADA (ERCP) I ESFINTEROTOMIA ENDOSCÒPICA.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén diagnosticar, resoldre o prevenir el quadre d'obstrucció o d'infecció de la via biliar.

La realització del procediment pot ser enregistrada amb finalitats científiques o didàctiques.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS

Mitjançant aquesta tècnica se'm realitzarà una exploració del conducte biliar per confirmar el nivell i la causa de l'obstrucció. Segons la causa i la localització d'aquesta obstrucció es farà una neteja, o un drenatge de la via biliar. El metge/la metgessa m'ha advertit que en alguns casos es col·locarà una pròtesi a la via biliar principal, a la fi d'assegurar un bon drenatge biliar.

Comprenc que malgrat l'adequada elecció de la tècnica i d'una correcta realització, es poden presentar efectes indesitjables, tant els comuns derivats de qualsevol intervenció, i que poden afectar tots els òrgans i sistemes, com d'altres d'específics d'aquest procediment. Molt greus i poc freqüents: infecció o hemorràgia intestinal i inflamació del pàncrees (pancreatitis aguda), trastorns del ritme intestinal, estretor de la via biliar; colangitis (infecció dels conductes biliars);

reproducció de la malaltia. El metge/la metgessa m'ha explicat que habitualment aquestes complicacions es resolen amb tractament mèdic (medicaments, sèrums, etc.), però que poden arribar a requerir una reintervenció, generalment d'urgència, incloent un risc de mortalitat.

El metge/la metgessa m'ha indicat que per realitzar aquesta tècnica és necessària una preparació prèvia amb antibiòtics i sèrum, així com a un tractament posterior, també amb antibiòtics i sèrum, i ingrés hospitalari.

També m'ha indicat la necessitat d'advertir de les meves possibles al·lèrgies a medicaments, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesis, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància.

Per la meva situació vital actual (diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada, etc.) pot augmentar la freqüència o la gravetat de risc o complicacions com

El metge/la metgessa m'ha advertit que el procediment requereix l'administració d'anestèsia i que és possible que durant la intervenció o després, s'hagi d'utilitzar sang i/o hemoderivats, sobre els riscos dels quals m'informaran els Serveis d'Anestesiologia i d'Hematologia.

El metge/la metgessa m'ha explicat que l'alternativa és la cirurgia, però que en el meu cas la millor alternativa terapèutica és la practica d'una ERCP.

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.

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 realitzat el procediment diagnòstic ERCP i el tractament quirúrgic ESFINTEROTOMIA ENDOSCÒPICA

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.....