

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

EXPLORACIÓ RECTOSIGMOIDOSCÒPIA

..... 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

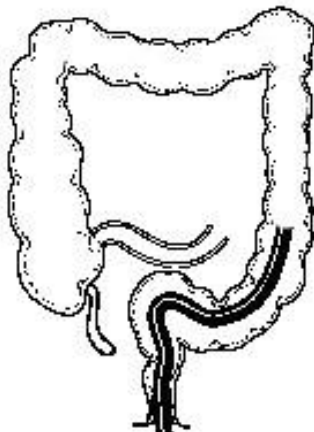
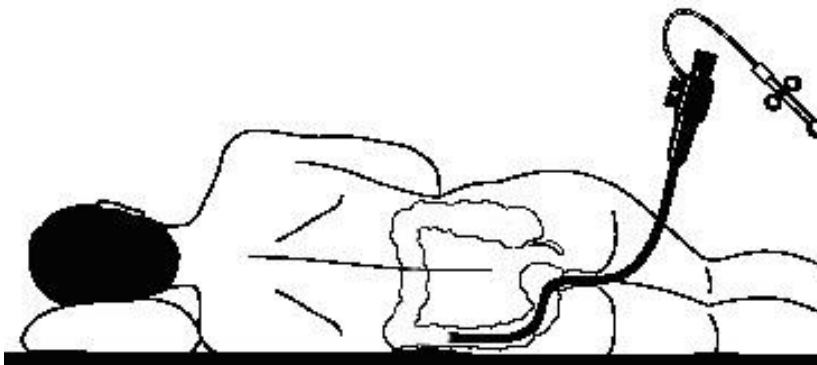
Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient en la meua situació, sotmetre'm a una Rectosigmoidoscòpia.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

- És una tècnica endoscòpica que pretén visualitzar la paret de l'últim tram d'intestí gros, recte i còlon sigmoide, amb l'objectiu de poder diagnosticar diferents malalties d'aquestes localitzacions.
En ocasions, si es detecta una lesió sagnant o presència de pòlips, pot ser necessari actuar-hi.
- El procediment es realitza habitualment en règim ambulatori.
- Amb el pacient enllitat, de cares amunt o sobre el costat esquerre o de bocaterrosa, i després de la introducció de l'endoscopi per l'anus, es progressa pel còlon per examinar la paret. Si durant l'exploració es visualitzen zones anòmales, es poden prendre petites mostres de teixit (biòpsies) sense causar-li dolor, per a una anàlisi histològica o microbiològica. És possible que noti alguns espasmes abdominals i certa pressió a causa de l'aire que és necessari introduir-li en el còlon. Es tracta d'un fenomen normal que desapareix ràpidament.
- El metge/essa m'ha indicat la preparació recomanada, prèviament neteges amb ènemes i molt ocasionalment solució evacuant. També m'ha advertit de la necessitat d'avisar de

possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesis, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància. Per la meua situació de salut actual (diabetis, hipertensió, obesitat, anèmia, edat avançada, EPOC, cardiopatia...) pot augmentar la freqüència de riscos o complicacions com.....

.....



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

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

- Diagnosticar malalties localitzades en el rectesigme.
- En algunes ocasions es pot procedir al tractament endoscòpic (recessió de pòlips, esclerosi de lesions sagnants, extracció de cossos estranys...)

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS

- No arribar al diagnòstic.
- Les complicacions que poden aparèixer són l'hemorràgia o perforació; aquesta última és la més freqüent si es realitza terapèutica (hemorràgia 0,5-1% i perforació 0,1%). En alguns casos pot requerir-se una intervenció quirúrgica urgent per al seu tractament. Altres complicacions més infreqüents són la infecció, arítmies, depressió o parada respiratòria i parada cardíaca.

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.

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 practicada una rectosigmoidoscòpia.

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.....