

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT RESECCIÓ GÀSTRICA

..... 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 de .....de .....  
(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 meva situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic per UNA  
RESECCIÓ GÀSTRICA.

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén extirpar la part de l'estómac malalt que produeix els símptomes.

Mitjançant una incisió en l'abdomen se'm traurà una part de l'estómac o tot l'estómac, segons el grau en què estigui afectat. Després es reconstruirà la continuïtat del tub digestiu mitjançant una sutura de l'esòfag o estómac residual amb una nansa d'intestí prim. El metge/la metgessa m'ha advertit que en alguns casos la resecció de l'estómac s'acompanya de l'extirpació d'altres òrgans abdominals com la melsa o la cua del pàncrees. També m'ha explicat que hi ha la possibilitat que durant l'operació quirúrgica s'hagi de modificar el procediment per causa de troballes intraoperatòries, per proporcionar-me el tractament més adequat.

El metge/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.

També m'ha indicat que per realitzar aquesta tècnica pot ser necessària una preparació prèvia, en ocasions amb peculiaritats com ..... (encara que es pot fer sense una preparació completa).

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

## **BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ**

Es pretén extirpar la part de l'estómac malalt que produeix els símptomes.

## **RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS**

Comprenc que, malgrat l'adequada elecció de la tècnica i que s'apliqui correctament, 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.

### **Poc greus i freqüents**

- Infecció o hemorràgia de la ferida quirúrgica.
- Flebitis.
- Retard en la recuperació de la motilitat intestinal.
- Vòmits.
- Dolor postoperatori prolongat en la zona de l'operació.

### **Poc freqüents i greus**

- Hemorràgia intraabdominal.
- Fístula per fallada en la cicatrització de la sutura intestinal que pot produir una infecció intraabdominal.
- Estenosi postoperatòria.
- Alteracions de l'estat nutricional, que es corregeixen habitualment amb suplementes dietètics.
- 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, i que fins i tot inclouen un risc de mortalitat.

El metge/metgessa 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. I que per la meua situació vital actual (diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada, etc.) pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions com .....

## **ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS**

El metge/metgessa m'ha explicat que en el meu cas no existeix una bona alternativa terapèutica per a la meua malaltia.

El Servei d'Anestèsia informarà el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

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 realitzada una **resecció gàstrica**.

**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**

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