

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT SI PILONIDAL

..... 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 meva situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic pel SI PILONIDAL.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén extirpar el quist i solucionar els símptomes que provoca. Se'm realitzarà una extirpació del quist i de tots els seus trajectes fistulosos (i de totes les seves comunicacions fistuloses). Després es tancarà o es deixarà obert per a cures posteriors, segons l'estat en què es trobi, amb la intenció de disminuir el risc d'infecció o reproducció.

També sé 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 / 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.

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).

El procediment pot ser enregistrat amb finalitats científiques o didàctiques.

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Es pretén extirpar el quist i solucionar els símptomes que provoca

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
- Retenció aguda d'orina
- Dolor prolongat en la zona de l'operació

Poc freqüents i greus

- Reproducció del si

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/la 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 meva 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/la metgessa m'ha explicat que en el meu cas no existeixen altres procediments eficaços pels quals pugui intentar eliminar el si pilonidal.

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 practicat el tractament quirúrgic **pel si pilonidal**.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional ingrés per CMA

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una, que té per objecte

El/la 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/la 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.....