

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE TUMOR MALIGNA A LA PELL O ANNEXOS CUTANIS

..... 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.....
(Nom i dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)
m'ha explicat que és necessari / convenient en la meua situació sotmetre'm a un tractament
quirúrgic de TUMOR MALIGNA EN LA PELL O ANNEXOS CUTANIS.

- L'objectiu de la tècnica és eliminar el tumor, que pot produir metàstasis tant per via sanguínia com limfàtica i que té tendència a créixer i destruir localment amb un ritme molt capritxós, per la qual cosa es considera necessari eliminar-lo al més aviat possible, ja que en cas contrari corro el risc de que la malaltia es generalitzi, i produeixi metàstasis.

La realització del procediment pot ser filmada amb fi científic o didàctic.

- El metge/essa m'ha explicat que al llarg del tractament pot ser necessària l'administració d'anestèsia, dels riscos de la qual m'informarà el Servei d'Anestesiologia.
- El tractament consisteix en l'extirpació del tumor i la reconstrucció del defecte resultant mitjançant granulació, aproximació dels marges, penjoll cutani aprofitant la pell del voltant o empelt de la pell.
- Comprenc que, a pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la seva correcta realització, poden presentar-se efectes indesitjables, com que els marges de l'extirpació no siguin suficients, la persistència o la recidiva del tumor, que poden fer necessàries altres intervencions o adoptar altres mesures terapèutiques.

El metge/essa m'ha advertit que hi ha la possibilitat que existeixin o apareguin metàstasis en ganglis limfàtics o en altres òrgans, per la qual cosa és necessari realitzar revisions periòdiques i

que, en cas que noti qualsevol bony a la pell o al coll, aixelles i engonals, ha de consultar-li immediatament.

També m'ha advertit el metge que són possibles complicacions poc freqüents, que inclouen sagnat i infecció de la ferida, reacció als anestèsics administrats, que poden provocar una reacció al·lèrgica ocasionalment greu i que la qualitat de la cicatriu depèn, a més de la tècnica de sutura realitzada i de les cures de la ferida, de factors personals; per tot això, pot quedar una cicatriu poc estètica que requereixi posteriors actuacions.

També sé que després de l'extirpació del tumor, la peça operatòria serà examinada pel Laboratori d'Anatomia Patològica per confirmar el diagnòstic clínic i comprovar que els marges de la peça operatòria estan lliures de lesió.

Altres riscos o complicacions que poden aparèixer tenint en compte les meves circumstàncies personals (estat previ de salut, edat, professió, creences, etc.) són:

.....
.....

Es faran totes les proves i tractaments necessaris perquè els riscos de la intervenció es redueixin al mínim.

- En el meu cas particular, s'ha considerat que aquest és el tractament més adequat, encara que poden existir altres alternatives que estarien indicades en un altre cas i que he tingut l'oportunitat de comentar amb el metge. També he estat informat de les possibles conseqüències de no realitzar el tractament que se'm proposa.

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 se'm practiqui aquest tractament quirúrgic.

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 exploració 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

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de de 20.....