

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT BIÒPSIA HEPÀTICA PERCUTÀNIA (BHP)

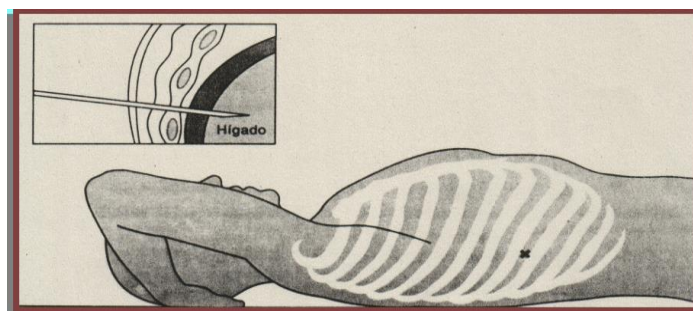
..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... 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 procedir en la meua situació a una BIÒPSIA HEPÀTICA PERCUTÀNIA (BHP).

- És una tècnica que permet, mitjançant punció del fetge a través de la pell, aconseguir una mostra de teixit hepàtic perquè l'analitzin. Prèviament a la punció hepàtica pot fer-se una ecografia de control de la zona.
- El procediment es realitza amb anestèsia local a la zona de punció. En ocasions s'administra medicació analgèsica prèvia a la biòpsia. També se m'ha informat dels possibles riscos de l'analgèsia i anestèsia.
- Amb el pacient habitualment en decúbit supí o lateral esquerre (estirat sobre la seva esquena o sobre el seu costat esquerre), i després de la localització del punt on es punxarà, s'esterilitza la zona. S'anestesia l'àrea amb injecció local i es fa una petita incisió a la pell, per on s'introdueix l'agulla de biòpsia que arriba fins al fetge per obtenir una mostra de teixit hepàtic per ser estudiat.



- Comprenc que, tot i l'adequada elecció de la tècnica i de la seva correcta realització, poden presentar-se efectes indesitjables, com hematoma, mareig, dolor a la zona de punció, o excepcionals, com hemorràgia, pneumotòrax, peritonitis, infecció i punció d'altres òrgans, que poden ser greus i necessitar tractament mèdic o quirúrgic, així com un risc mínim de mortalitat.
- El metge/essa m'ha indicat la preparació recomanada, especialment que la tècnica es realitza en dejú i generalment amb ingrés hospitalari. 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 meva situació vital actual: .....  
(diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada), pot augmentar la freqüència de riscos o complicacions com: .....
- El metge/essa m'ha explicat també l'existència de possibles procediments alternatius.

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 faci una BIÒPSIA HEPÀTICA PERCUTÀNIA (BHP).

**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.....