

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

EXPLORACIÓ PANENDOSCÒPICA ORAL

..... 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)

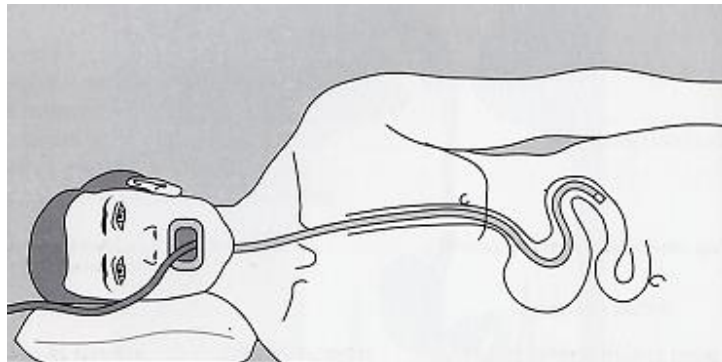
DECLARO

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 panendoscòpia oral.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

- És una tècnica endoscòpica que pretén la visualització de la paret del tracte digestiu superior (esòfag, estómac i duodè), amb la finalitat de poder diagnosticar diferents malalties d'aquestes localitzacions.
- El procediment es realitza habitualment en règim ambulatori i pot fer recomanable, o fins i tot necessària, l'administració d'anestèsia tòpica i/o general. També se m'ha informat dels possibles riscos de la sedació necessària.
- Amb el pacient enllitat sobre el costat esquerre, i després de la introducció de l'endoscopi per la boca (col·locant-hi una peça per protegir l'endoscopi de les dents), es visualitza el tram digestiu superior fins duodè. 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. Després de l'exploració pot presentar molèsties lleus al coll i gasos; aquests efectes desapareixeran ràpidament. Si s'ha administrat anestèsia tòpica, no haurà d'ingerir res fins passada una hora i, en el cas d'anestèsia general, no ha de conduir o treballar en les següents dos o tres hores.

- El metge/essa m'ha indicat la preparació recomanada prèviament (en dejú de 6 hores). També m'ha advertit 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 tracte digestiu superior.
- En algunes ocasions es pot procedir al tractament endoscòpic (recessió de pòlips, esclerosis 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, les freqüències de les quals s'estimen entre 0,01 - 0,1% en l'endoscòpia diagnòstica i del 0,1-1% en el cas que es realitzi terapèutica. En alguns casos pot requerir-se una intervenció quirúrgica urgent pel seu tractament. Altres complicacions molt infreqüents són la infecció, arítmies, depressió o parada respiratòria i parada cardíaca.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

- La tècnica alternativa a l'endoscòpia diagnòstica seria la radiologia, i a l'endoscòpia terapèutica, la cirurgia.

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.

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

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 panendoscòpia oral.

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.....