

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT CORRECCIÓ QUIRÚRGICA DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA

..... 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 una correcció quirúrgica de la
incontinència urinària.

Que en relació amb el procés que motiva la intervenció conec que:

- La intervenció consisteix en el reforç de músculs i estructures de lligaments del sòl de la pelvis, bé per reparació dels meus propis o bé per inserció d'una pròtesi per sota de la uretra. En el meu cas em serà practicat.....
- Existeixen altres possibilitats de tractament conservador: farmacològic, rehabilitació del sòl pelvià, que, com l'operatori, no garanteixen la curació, i que en el meu cas.....
- L'operació en els processos d'incontinència d'orina no garanteix absolutament la correcció de l'escapament d'orina de manera permanent. Hi ha un percentatge de fracassos (reproducció de l'escapament) entre el 30 i 40 % al llarg dels anys posteriors a l'operació. En cas de fracàs de l'operació, l'escapament no empitjora, llevat de casos excepcionals.
- Que la via d'abordatge (a través de la qual seré operada) en el meu cas serà.....
- L'operació demana anestèsia, que serà valorada de forma prèvia a la intervenció pel Servei d'Anestesiologia.
- Tot el material extirpat en l'operació serà enviat per a estudi histopatològic.

- Les operacions quirúrgiques, tant per si mateixes com per les característiques pròpies de cada pacient (diabetis, malalties cardíques, hipertensió, obesitat i altres) porten aparellades una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses que podrien necessitar tractaments complementaris no previstos en un principi, tant de tipus mèdic com quirúrgic (operacions), així com un mínim percentatge de mortalitat.
- Les complicacions de la intervenció que se'm practicarà poden ser:
 - Infeccions amb la possibilitat de tenir febre: d'orina, del terreny operatori...
 - Retencions urinàries
 - Hemorràgia intraoperatòria (en alguns casos pot necessitar transfusió sanguínia intra o postoperatòria).
 - Lesions fortuïtes dels òrgans veïns: bufeta de la orina, urèters, uretra.
 - Fístules (comunicacions anormals entre les vies urinàries ò digestives i la vagina) després de la intervenció.
 - Problemes de la cicatriu.
- Si en algun moment de l'operació hi hagués algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica operatòria programada.

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 realitzi aquesta intervenció de correcció quirúrgica de la incontinència urinària.

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 informant

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