

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT HISTEROSCÒPIA DIAGNÒSTICA

..... 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 en la meua situació sotmetre'm a una histeroscòpia diagnòstica.

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La histeroscòpia és un procediment diagnòstic i quirúrgic de gran utilitat en ginecologia. Consisteix en la introducció, a través de la vagina, d'un sistema òptic de petit diàmetre en l'interior de l'úter. La histeroscòpia diagnòstica té com a objectiu l'exploració de l'úter. Durant l'acte es poden prendre biòpsies i fer altres intervencions. Pot demanar anestèsia local o regional.

### RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS ( POSSIBLES PERÒ NO FREQUENTS)

- Reaccions al·lèrgiques a l'anestèsia.
- Reaccions vasals, sensació de mareig... que desapareixen en poca estona (10-15 minuts).
- Dolor abdominal.
- Infeccions.
- Lesió fortuïta de l'úter.

### ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Pot ser necessari practicar una laparoscòpia o una laparotomia.

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://hospilot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm realitzi la intervenció d'histeroscòpia diagnòstica.

**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 meua 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.....