

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

HISTEROSCÒPIA QUIRÚRGICA

..... 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 HISTEROSCÒPIA QUIRÚRGICA.

Que, en relació amb el procediment, conec que:

- La histeroscòpia quirúrgica és un procediment de gran utilitat en ginecologia. Bàsicament consisteix en la introducció d'un sistema òptic de petit diàmetre en l'interior de l'úter i que s' introdueix a través de la vagina. En el mateix acte es poden realitzar intervencions. L'operació necessita 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 cardíaques, 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.
- Complicacions: Menys del 5 %
 - Reaccions al·lèrgiques a l' anestèsic
 - Complicacions anestèsiques
 - Hemorràgia vaginal.
 - Hemorràgia interna
 - Infecció
 - Lesió de l'úter.
 - Lesió d'òrgans abdominals
 - Intoxicació aquosa. Edema pulmonar
 - Tromboembòlies

- Si la complicació ho requereix pot ser necessari practicar una laparoscòpia o una laparotomia (obrir el ventre).
- També és possible, com a conseqüència de l'anterior, un augment dels dies d'estada a l'Hospital.

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 la intervenció d'histeroscòpia quirúrgica.

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 meva situació és convenient una, que té per objecte establir i confirmar el diagnòstic clínic.

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.....