

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS FINS A 63 DIES AMB TRACTAMENT MÈDIC

..... 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 informat
(Nom i dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)
sobre la interrupció voluntària de l'embaràs fins a 63 dies amb tractament mèdic.

Descripció del procediment: Interrupció de la gestació mitjançant l'administració de 200 mcg de mifepristona per via oral i a les 36-48 hores posteriors, de 800 mcg de misoprostol per via bucal per aconseguir l'expulsió dels productes de la gestació. Aquest procediment pot tenir alguns efectes secundaris freqüents com dolor abdominal, igual o superior a una regla dolorosa, i el sagnat vaginal més abundant que el d'una regla. Altres efectes possibles són: el maldecap, marejos, calfreds, fogots, vòmits o diarrees i febre (poc freqüent). Les complicacions són molt poc freqüents: sagnat que requereix transfusió o aspiració i infecció de l'úter (molt rara).

Manifesto que he estat correctament informada, fins i tot per escrit, de les característiques de la interrupció mèdica de l'embaràs i dels signes d'alarma pels quals he de consultar en cas que apareguin. També he estat informada de la possibilitat de fracàs del tractament, que pot ocórrer en un 1.5-5% dels casos i que quan això succeeixi, seran necessàries altres mesures per finalitzar el procés d'avortament, com són prendre noves dosis de medicament o fer una aspiració o un raspament uterí.

Entenc que un cop presa la mifepristona ja s'ha iniciat l'avortament i el procés és irreversible per la qual cosa em comprometo a finalitzar el tractament amb la presa de misoprostol i fer els controls necessaris. M'han informat de la possibilitat de malformacions en el fetus degudes al misoprostol i de la importància d'assegurar la finalització de l'embaràs.

He rebut informació dels altres mètodes alternatius existents per a la interrupció de l'embaràs (avortament quirúrgic mitjançant l'aspiració o el raspament) i de les seves característiques.

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 practiqui aquest tractament.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, 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

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.....