

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

ÚS MISOPROSTOL GINECOLOGIA

..... 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 convenient en la meua situació realitzar el TRACTAMENT AMB MISOPROSTOL.

DESCRIPCIÓ

- 1.- L'objectiu del tractament és FACILITAR EXPLORACIONS GINECOLÒGIQUES O PROVES COM: BIÒPSIES, COL·LOCACIÓ O EXTRACCIÓ DE DIUS.
- 2.- El tractament consisteix en l'administració d'un medicament misoprostol per via vaginal.
- 3.- Sé que durant el tractament pot aparèixer una sèrie d'efectes secundaris, en general: febrícula, diarrea, vòmits, nàusees i dolor abdominal
- 4.- En el meu cas en particular, s'ha considerat que aquest és el tractament més adequat, tot i que l'eficàcia d'aquest medicament, misoprostol està avalada per estudis però no té una indicació aprovada a la seva fitxa tècnica.

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 meua 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 adicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I en aquestes condicions,

CONSENTO:

Que em sigui practicat el TRACTAMENT AMB MISOPROSTOL.

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, que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquest tractament 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 tractament indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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