

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

TRACTAMENT MITJANÇANT INJECCIÓ INTRAOCULAR DE SUBSTÀNCIES O EXTRACCIÓ DE MOSTRES DE L'INTERIOR DEL GLOBUS OCULAR

..... 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 dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)
és necessari/convenient en la meua situació rebre TRACTAMENT MITJANÇANT INJECCIÓ
INTRAOCULAR DE SUBSTÀNCIES O EXTRACCIÓ DE MOSTRES DE L'INTERIOR DEL GLOBUS OCULAR.

DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

L'administració de certs fàrmacs dins de l'ull millora la seva eficàcia, i en ocasions és l'única via per la qual aquests poden ser efectius. Les seves aplicacions són molt variades segons les substàncies a injectar: antibiòtics en infeccions intraoculars, corticoides en certes afeccions retinianes, fibrinolítics per trencar malles de fibrina,...

També pot estar indicada l'extracció de mostres intraoculars per al seu estudi i/o anàlisi en certes malalties.

Es realitza de forma ambulatoria, en consulta o en quiròfan amb anestèsia local tòpica. Les injeccions es realitzen en el segment anterior de l'ull (càmera anterior) i/o en el segment posterior (càmera vítria).

OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT

Augmentar l'eficàcia, en aconseguir que determinats medicaments necessaris per a la curació o alleujament de la malaltia penetrin a l'ull, de manera eficaç i a dosis suficients.

Obtenir mostres de l'interior del globus ocular per poder saber amb exactitud el diagnòstic o la causa d'una malaltia concreta, o en alguns casos (infeccions) conèixer quin tipus de germen és el causant del procés i esbrinar a quins antibiòtics és més sensible per així aplicar un tractament més exacte i eficaç.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS

- Riscos generals:
 - Aturada cardiorespiratòria pel mateix procediment o per l'anestèsia. És el més greu.
 - Hemorràgies i infeccions.
 - Malaltia de transmissió sanguínia no detectable per les tècniques utilitzades actualment, en cas que sorgeixi la necessitat de realitzar una transfusió sanguínia o d'administrar hemoderivats.
- Riscos específics:
 - Elevació transitòria de la pressió intraocular.
 - Infecció intraocular.
 - Cataracta, per traumatisme de la injecció o per acció del mateix medicament utilitzat.
 - Altres complicacions poc freqüents: sagnat, despreniment de retina.

El metge/la metgessa m'ha explicat que no existeix una alternativa terapèutica eficaç del meu cas.

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

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que se'm practiqui **tractament mitjançant injecció intraocular de substàncies o extracció de mostres de l'interior del globus ocular.**

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot,dede 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.....

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.....