

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT TRACTAMENT AMB CAPECITABINA

..... 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 facilita la informació)  
és convenient en la meva situació realitzar el TRACTAMENT AMB CAPECITABINA

1.- L'objectiu del tractament és intentar eliminar les cèl·lules tumorals però no es pot evitar que actuïn també en les cèl·lules normals i amb freqüència produeixen efectes tòxics.

2.- El tractament consisteix en l'administració d'un medicament, la capecitabina, per via oral.

3.- Sé que durant el tractament poden aparèixer una sèrie d'efectes secundaris: anorèxia (pèrdua de la gana), nàusees, vòmits, diarrees, ulceracions a la boca, mal de panxa, fatiga, debilitats, reaccions cutànies a mans i peus, reaccions hematològiques (disminució de cèl·lules de la sang, glòbuls vermells, blancs, plaquetes) .

4.- En el meu cas particular, s'ha considerat que aquest és el tractament més adequat, i he tingut l'oportunitat de comentar-ho amb el metge.

5.- En el meu cas particular hi ha més risc de.....  
.....

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 aquest tractament.

**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 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.....