

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT EXPLORACIÓ DE CISTOSCÒPIA- URETROSCÒPIA

..... 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 meua situació sotmetre'm a una exploració de cistoscòpia-
uretroscòpia.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Consisteix en l'exploració, per mitjà d'un endoscopi, de l'interior de la bufeta i de la uretra. És una intervenció indicada per a l'estudi de l'hematúria, cistitis de repetició, adenoma de pròstata, i també en les revisions després de la resecció de tumors vesicals. En ocasions es pot col·locar un catèter a l'urèter o retirar-lo. Abans de l'exploració o en el mateix moment se li administrarà un antibiòtic com a profilaxi d'una possible infecció. Aquesta intervenció requereix un curt període d'hospitalització i la modalitat d'ingrés serà UCS o NORMAL.

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

- Poder diagnosticar les causes de les molèsties.
- Eliminar, si es pot, aquesta causa, encara que l'objectiu fonamental és el diagnòstic.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUENTS)

- No aconseguir arribar a un diagnòstic.
- Hemorràgia, tant en l'acte quirúrgic com en el postoperatori. Les conseqüències d'aquesta hemorràgia posen ser molt diverses segons el tipus de tractament que s'hagi de necessitar.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

- Les exploracions radiològiques, ecogràfiques i analítiques són complementàries.

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

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que se'm realitzi aquesta intervenció.

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

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.....