

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

BIÒPSIA DE MAMA AMB AGULLA GRUIXUDA (BAG)

..... 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 que
(nom i cognoms del facultatiu/iva que proporciona la informació)
és convenient en la meva situació realitzar una BIÒPSIA DE MAMA AMB AGULLA GRUIXUDA (BAG)

DESCRIPCIÓ

Consisteix a practicar una **biòpsia de la mama** per obtenir una mostra de la lesió a estudiar.

Es localitzarà la zona a punccionar mitjançant ecografia.

S'administrarà anestèsia local a la zona de punció, perquè és una prova poc dolorosa.

El material obtingut es remet al servei d'anatomia patològica i resta pendent de l'informe definitiu, que se us donarà a la visita a Consultes Externes del vostre ginecòleg/òloga - cirurgià/na el dia de la propera visita.

RISCOS GENERALS I AVANTATGES

Qualsevol procediment intervencionista, per si mateix, comporta uns riscos com són la infecció i hemorràgia.

La possibilitat de complicacions és baixa i la utilitat de la prova és important en facilitar una informació que pot ser decisiva per realitzar el diagnòstic, per la qual cosa queda clarament justificat el procediment.

RISCOS ESPECÍFICS

En cas d'haver-hi riscos específics pel pacient es detallen a continuació:

.....
.....
.....

COMPLICACIONS POSSIBLES

1. **Dolor local**, es poden prendre analgèsics tipus paracetamol (gelocatil...), **mai aspirina**.
2. **Haureu d'acudir al Servei d'Urgències en els següents casos:**
 - Hematoma important de la mama.
 - Dolor intens.
 - Febre.
 - Si la mama es posa vermella i/o calenta.

PREPARACIÓ I INFORMACIÓ POSTERIOR

No necessiteu fer cap tipus de preparació.

Manteniu l'apòsit que es col·loca 24 hores i les tiretes de la pell 5-7 dies.

Us podeu dutxar, però no refregar-vos la mama punccionada.

IMPORTANT

És necessari disposar d'unes proves de coagulació recents i retirar el tractament anticoagulant uns dies abans.

He entès les explicacions que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu/iva que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat. El metge/essa m'ha explicat què és i en què consisteix el procediment intervencionista que em proposa i m'ha informat dels riscos generals més freqüents, i també dels riscos en el meu cas en particular.

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 l'equip de Radiodiagnòstic em practiqui el procediment intervencionista indicat.

En cas de sorgir situacions imprevistes, autoritzo als professionals del centre perquè actuïn de la manera que en aquell moment considerin més oportuna, sempre que no sigui possible obtenir un nou document d'autorització.

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 la realització del procediment intervencionista, 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 la realització del procediment.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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