

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT COLECISTOSTOMIA PERCUTÀNIA

..... 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 informat que  
(nom i cognoms del facultatiu/iva que proporciona la informació)  
per fer una prova radiològica és necessari injectar-me **COLECISTOSTOMIA PERCUTÀNIA**.

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La colecistostomia percutània serveix per a drenar (buidar de líquid) la vesícula biliar de pus o bilis, infectada per una inflamació i infecció.

Un cop anestesiada la pell, se li punxarà la vesícula biliar amb una agulla fina, se li col·locarà un tub (catèter) de drenatge durant uns dies fins que es buidi completament i deixi de sortir pus o surti bilis neta. Generalment el tub es manté posat menys de 10 dies però pot ser que el necessiti fins a 30 dies o més.

La intervenció dura aproximadament 20 minuts i por ser necessària la sedació.

### BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Drenatge de la vesícula biliar.

### RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUËNTS)

Relacionats amb la tècnica, els més freqüents són lleus:

- Pruija en la introducció de l'anestèsic local, o dolor en el lloc de la punció un cop passa l'efecte de l'anestèsia. També pot donar-se un episodi de calfreds que es resol amb tractament mèdic.
- Si el catèter de drenatge s'obstrueix o es mou de lloc, caldria recol·locar-lo de nou.

Relacionats amb la tècnica i greus:

- Es podria punxar un òrgan de la cavitat abdominal, i generalment no requereix de cap tipus de tractament.
- Sortida de bilis a la cavitat abdominal, que és important i pot requerir intervenció quirúrgica urgent.
- Es podria punxar accidentalment un vas sanguini (artèria o vena) que si sagna molt i de manera excepcional podria requerir tractament.
- Punció accidental de la capa que envolta el pulmó (pleura). Aquesta complicació es denomina pneumotòrax i és molt rara.
- Reaccions al·lèrgiques a l'anestèsia local o sedants que poden arribar a produir un xoc anafilàctic de conseqüències greus.

Relacionats amb el medi de contrast:

- Reaccions al·lèrgiques que poden ser lleus, com a nàusees, picors o lesions a la pell. Rarament greus com alteracions dels ronyons i excepcionalment poden ser molt greus (1 de cada 100.000 pacients)

#### **ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS**

Drenatge de la vesícula biliar per intervenció quirúrgica.

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. També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo.

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 realitzi una COLECISTOSTOMIA PERCUTÀNIA.

**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 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..... 20.....