

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT BIÒPSIA PROSTÀTICA

..... 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 que proporciona la informació)
és necessari/convenient en la meua situació sotmetre'm a una exploració de biòpsia prostàtica.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Consisteix en l'obtenció de petits fragments de la pròstata amb una agulla especial, perquè posteriorment el Servei d'Anatomia Patològica els pugui analitzar i pugui diferenciar entre malalties benignes d'aquelles que no ho són. L'exploració es fa amb anestèsia local via transrectal. S'introdueix una sonda d'ultrasons per l'anus per explorar la pròstata i s'administra anestèsia local. Amb una agulla prima de biòpsia es realitzen varies puncions a la pròstata i en ocasions als teixits del voltant (vesícules seminals).

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Determinar si existeix o no el càncer de pròstata.

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

- Reaccions al·lèrgiques a l'anestèsia local que poden arribar a produir un xoc anafilàctic de conseqüències greus.
- Sèpsies, infecció generalitzada.
- Biòpsia falsa negativa, per no haver puncionat la zona exacta.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Els marcadors prostàtics i les exploracions radiològiques i ecogràfiques són complementàries.

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. 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.....