

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA AMB SOSPITA DIAGNÒSTICA D'APENDICITIS AGUDA

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

.....
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a
i DNI núm., en qualitat de representat legal/ familiar o de parentesc de
.....
(nom i cognoms del pacient)

DECLARO

Que el doctor/am'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
en la meva situació és convenient sotmetre'm a una LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

- Mitjançant aquest procediment es pretén solucionar els símptomes de l'afecció i prevenir-ne les complicacions (peritonitis, perforació, obstrucció...).
- La realització del procediment pot ser enregistrada amb finalitats científiques o didàctiques.
- El metge/ la metgessa m'ha advertit que el procediment requereix l'administració d'anestèsia i que és possible que durant la intervenció o després s'hagi d'utilitzar sang i/o hemoderivats. Els serveis d'Anestèsia i d'Hematologia seran els encarregats d'informar-me dels riscos que això pot comportar.
- També sé que hi ha la possibilitat que durant l'operació quirúrgica s'hagi de modificar el procediment per causa de troballes intraoperatòries, per proporcionar-me el tractament més adequat. Compréc que malgrat l'adequada elecció de la tècnica i de la seva correcta realització, es poden presentar efectes indesitjables, tant els comuns derivats de qualsevol intervenció, i que poden afectar tots els òrgans i sistemes, com d'altres d'específics d'aquest procediment. Poc greus i freqüents: infecció o hemorràgia de la ferida quirúrgica; retenció aguda de l'orina; flebitis; retard en la restauració del trànsit intestinal normal, la qual cosa requerirà un tractament amb sèrums; dolor prolongat en la zona de l'operació. Poc freqüents i greus: sagnia/hemorràgia intraabdominal; fístula de l'anastomosi per alteració en la cicatrització de la sutura; infecció intraabdominal; obstrucció intestinal. El metge/ la metgessa m'ha explicat que habitualment aquestes complicacions es resolen amb tractament mèdic (medicaments, sèrums, etc.), però que poden arribar a requerir una reintervenció, generalment d'urgència, que inclou un risc mínim de mortalitat.

- El metge/ la metgessa m'ha indicat que per realitzar aquesta tècnica pot ser necessària una preparació prèvia, en ocasions amb peculiaritats com.....
..... (encara que es pot realitzar sense una preparació completa).

També m'ha indicat la necessitat d'advertir de les meves possibles al·lèrgies a medicaments, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesis, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància.

Per la meva situació actual (diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada, etc.) pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions com.....
.....
.....

- El metge / la metgessa m'ha explicat que en el meu cas no existeix una alternativa eficaç de tractament.

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.

Si en el moment de l'acte quirúrgic sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica quirúrgica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

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://hospilot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui practicat el tractament quirúrgic de LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

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

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