

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT EXTIRPACIÓ DE LESIONS CUTÀNIES AMB ANESTÈSIA LOCAL

..... 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 al procediment d'extirpació quirúrgica de
lesions cutànies amb anestèsia local.

DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

L'extirpació quirúrgica de petites lesions de la pell amb anestèsia local és un procediment utilitzat freqüentment. La tècnica canvia segons el tipus de lesió, la mida i la localització, que pot comportar des d'escissions simples de la lesió amb tancament directe fins a extirpacions més àmplies amb reconstruccions més complexes. El cirurgià plàstic li explicarà el procediment que se seguirà en el seu cas.

Abans de la intervenció se li farà un estudi preoperatori d'acord amb el protocol proposat pel servei d'anestèsia d'aquest centre.

La quantitat d'anestèsia local necessària per dur a terme la intervenció sol ser petita. Les úniques molèsties possibles es produeixen a l'injectar l'anestèsia local i així, durant la intervenció, queda anestesiada la zona.

Les lesions extirpades sempre s'analitzaran, per confirmar el diagnòstic i comprovar que s'hagin eliminat completament. Els resultats se li comunicaran posteriorment.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS POSSIBLES

Les complicacions són poc freqüents i, en general, poc importants: lipotímies en persones impressionables, sagnat ocasional, petits hematomes, infecció de la ferida, dolor lleuger a la zona quan passa l'efecte de l'anestèsia i, ocasionalment, cicatrius poc estètiques. Poques vegades es produeixen reaccions tòxiques o al·lèrgies per l'anestèsic.

RISCOS PERSONALITZATS

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

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

No existeixen altres possibilitats terapèutiques en el seu cas, per la qual cosa considerem que el tractament quirúrgic és el més adequat.

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 de la malaltia, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir com:

.....
.....

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 fer 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 hi consti 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 satisfet/a amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procediment/tractament.

He estat informat 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 em sigui practicada la intervenció d'extirpació de lesió cutània amb anestèsia local.

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 meua 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.....