

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT AMPUTACIÓ MENOR I DESBRIDAMENTS

..... 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 explicat que en la meua  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
situació és convenient sotmetre'm a una CIRURGIA D' AMPUTACIÓ MENOR I DESBRIDAMENTS.

### IDENTIFICACIÓ I DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

Hem estudiat els símptomes que vostè pateix i realitzades les exploracions complementàries oportunes, hi hem trobat un dèficit de circulació i/o infecció molt greu del peu. El deteriorament de les artèries és tan important que no podem en l'actualitat aplicar-li cap tractament, ja sigui mèdic o quirúrgic, per aconseguir portar més sang al peu. L'amputació o desbridament serà de les parts del peu que es consideren que no tenen vitalitat i que no es pot revertir..

### OBJECTIU DEL PROCEDIMENT I BENEFICIS QUE S'ESPEREN ACONSEGUIR

L'objectiu és evitar els dolors que pot tenir i la progressió de les lesions isquèmiques (gangrena). Els beneficis que s'esperen són pensant sempre en una rehabilitació que li permeti portar una vida tan normal com sigui possible.

### ALTERNATIVES RAONABLES A AQUEST PROCEDIMENT

No hi ha una alternatives raonables a l'amputació/desbridament.

### CONSEQUÈNCIES PREVISIBLES DE LA REALITZACIÓ

Atès que es tracta d'una amputació menor/desbridament, s'espera que pugui seguir tractament domiciliari.

## CONSEQUÈNCIES PREVISIBLES DE LA NO REALITZACIÓ

En cas que no es realitzi la intervenció, el més probable és que les lesions evolucionin desfavorablement, amb l'aparició de sepsis i calgui recórrer a una amputació major.

### Riscos freqüents

Les complicacions possibles poden ser:

Locals: sagnat per la zona d'amputació, infecció o necrosi dels teixits veïns, dehiscència (no-cicatrització) del monyó d'amputació, sensació de membre fantasma (sentir la zona amputada). No cal descartar que, a causa de la malaltia que vostè pateix, es pugui produir un defecte de cicatrització que obligui a realitzar una amputació més alta.

### Riscos poc freqüents

Hi ha riscos menys freqüents que es poden produir: flebitis, escares de decúbit...

### Riscos en funció de la situació clínica personal del pacient

Tots els riscos mencionats seran més freqüents en funció de l'estat físic del pacient, la seva edat i la presència de malalties associades.

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 meua 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://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui practicada una CIRURGIA D' AMPUTACIÓ MENOR I DESBRIDAMENTS.

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 informant

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