

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT CIRURGIA ANTIREFLUX GASTRO ESOFÀGIC

..... 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  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient en la meva situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic d'una CIRURGIA  
ANTIREFLUX.GASTRO ESOFÀGIC

### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén evitar els símptomes produïts per l'acció de l'àcid sobre l'esòfag i prevenir-ne les complicacions com l'estenosi i la possible malignitat.

Mitjançant aquest procediment es vol impedir que l'àcid de l'estómac passi a l'esòfag per evitar-ne la irritació. La tècnica consisteix a construir un maniguet complet o parcial amb l'estómac al voltant de l'esòfag i reposicionar-lo sota del diafragma. La tècnica es realitza per via abdominal . També m'ha explicat 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.

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.

La realització del procediment pot ser enregistrada amb finalitats científiques o didàctiques.

### **BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ**

Es pretén evitar els símptomes i complicacions produïdes per l'acció de l'àcid sobre l'esòfag.

### **RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS**

Comprenc que, malgrat l'adequada elecció de la tècnica i que es realitzi correctament, 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.
  - Flebitis.
  - Dificultat per eructar.
  - Dificultat transitòria a l'hora d'empassar-se el menjar
  - Dolor prolongat en la zona de l'operació.
- Poc freqüents i greus
  - Hemorràgia o infecció intraabdominal important.
  - Perforació de vísceres.
  - Estenosi.

Habitualment aquestes complicacions es resolen amb tractament mèdic (medicaments, sèrums, etc.), però que poden arribar a requerir una reintervenció, generalment d'urgència i, que fins i tot, inclouen un risc mínim de mortalitat.

El metge/metgessa 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. I que per la meva situació vital actual (diabetis, obesitat, hipertensió, anèmia, edat avançada, etc.) pot augmentar la freqüència o la gravetat de riscos o complicacions abans esmentades i típiques dels procediments quirúrgics.

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

El metge/ la metgessa m'ha explicat que en el meu cas considera la intervenció com la millor opció a la meva malaltia. En cas que jo la refusés, l'única alternativa seria el tractament durant tota la vida amb medicaments i amb controls endoscòpics periòdics.

El Servei d'Anestèsia informarà el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

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

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui practicat el tractament quirúrgica de cirurgia antireflux.gastro esofàgic.

**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/la 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.....