

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

FISSURA D'ANUS

..... 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 meva situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic de FISSURA
D'ANUS.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén resoldre el dolor i permetre la cicatrització posterior de la fissura.

Per mitjà d'aquesta tècnica se'm farà una secció (tall) d'una part de l'esfínter o una dilatació del mateix perquè posteriorment la fissura cicatritzi. El metge/metgessa m'ha explicat que a vegades aquesta patologia s'associa a hemorroides o pòlips i que per tant tots aquests problemes es poden solucionar en la mateixa operació 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.

El metge/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 hemo derivats.

Pot ser necessària una preparació prèvia, en ocasions amb peculiaritats com (encara que es pot fer sense una preparació completa).

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

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Resoldre el dolor i permetre la cicatrització posterior de la fissura.

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
 - Edema de l'anus
 - Retenció aguda d'orina
 - Dolor prolongat en la zona de l'operació
- Poc freqüents i greus
 - Infecció important del perineu
 - Incontinència de gasos, i fins i tot de sòlids
 - Estenosi d'anus
 - Reproducció de la fissura

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, i que fins i tot inclouen un risc 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.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

El metge/metgessa m'ha explicat que alternativament es pot fer un tractament amb medicaments, però que en el meu cas la persistència dels símptomes indica que és poc probable que es puguin resoldre sense una intervenció quirúrgica.

El Servei d'Anestèsia informará 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.

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 un tractament quirúrgic de **fissura d'anus**.

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 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.....