

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT HEMORROIDES

..... 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 a un tractament quirúrgic
D'HEMORROIDES.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén extirpar les hemorroides per solucionar-ne els símptomes (molèsties, dolor i hemorràgia).

Amb aquesta intervenció se m'extirparan unes dilatacions venoses properes a l'anús (hemorroides) que són la causa de les molèsties. El tractament consisteix a extirpar aquests grups de venes, tot i que de vegades també va acompanyat de lligadures o esclerosi d'altres grups accessoris més petits que no es poden extirpar.

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/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.

Pot ser necessària una preparació prèvia, com un enema de neteja (encara que es pot fer sense una preparació).

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

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Extirpar les hemorroides per solucionar-ne els símptomes (molèsties, dolor i hemorràgia).

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'anús
- 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'anús

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 realitzar 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 se'm realitzi una **intervenció quirúrgica per hemorroides**.

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 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.....