

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

### HÈRNIA

..... 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  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
que és necessari/convenient en la meua situació sotmetre'm a un tractament quirúrgic per tractar  
l'HÈRNIA.

#### DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén reparar el defecte de la paret abdominal per evitar l'augment de l'hèrnia, les molèsties que li produeix i l'estrangulació, que aleshores obligaria a fer una intervenció quirúrgica urgent.

Amb aquesta intervenció se'm repararà l'hèrnia, que és un defecte de la paret abdominal, per la qual, i en alguns casos, llisca alguna víscera ,òrgan o estructura abdominal. L'operació consisteix a recol·locar el contingut de l'hèrnia i reparar el defecte mitjançant la col·locació d'una malla protèsica. 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.

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

## **BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ**

Es pretén reparar el defecte de la paret abdominal per evitar l'augment de l'hèrnia i les molèsties locoregionals que li produeix així com una possible estrangulació.

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

Comprenc que, malgrat l'adequada elecció de la tècnica i que s'apliqui 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
- Retenció aguda d'orina
- Hematoma
- Dolor prolongat en la zona de l'operació

### **Poc freqüents i greus**

- Dolor postoperatori per afectació nerviosa
- Rebuig de la malla
- Inflamació i atròfia testicular en hèrnies inguinals
- Reproducció de l'hèrnia
- Lesió vascular

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.

El metge/metgessa m'ha explicat que en el meu cas no existeix cap altre mètode per fer el tractament quirúrgic de l'hèrnia. Tot i que podria portar un braguer o una faixa per tota la vida, no és segur que amb aquesta solució es poguessin evitar les complicacions.

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.

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 se'm realitzi una **intervenció quirúrgica per hèrnia**.

**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.....