

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT PROCEDIMENTS AMB ANESTÈSIA LOCAL

..... 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/la 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 mitjançant
ANESTÈSIA LOCAL.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Mitjançant aquest procediment es pretén extirpar la meva lesió amb la possibilitat de realitzar-ne un estudi histològic. Després d'infiltrar anestèsia local en la zona, es tractarà la meva lesió (s'obrirà o extirparà totalment o parcialment).

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. 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.

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

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 hematoma de la ferida quirúrgica
- Lesions cutànies per una reacció al·lèrgica a la medicació utilitzada
- Cicatrius retràctils o antiestètiques
- Molèsties locals
- Dolor prolongat en la zona de l'operació

Poc freqüents i greus

- Reacció al·lèrgica greu als anestèsics locals que poden arribar a produir un xoc anafilàctic.

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/ la 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/ la metgessa m'ha explicat que en el meu cas no existeix una alternativa eficaç.

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

Sotmetre'm a un tractament quirúrgic per **procediment amb anestèsia local**.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, 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
/ 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

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