

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### ASPIRAT MEDUL·LAR / BIÒPSIA ÒSSIA

..... 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 procedir en la meua situació a un ASPIRAT MEDUL·LAR / BIÒPSIA ÒSSIA.

#### DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS

En l'estudi de la seva malaltia, és necessari l'obtenció de mostres del lloc on es fabriquen les cèl·lules de la sang. L'aspirat medul·lar i biòpsia òssia es fan amb una anestèsia local prèvia. A continuació es procedeix a la punció i l'extracció de sang de la medul·la òssia (aspirat) o bé obtenció d'una mostra de l'os medul·lar (biòpsia). L'aspirat es realitza a l'estèrnum o cresta ilíaca posterior o anterior.

#### RISC GENERAL

Qualsevol exploració, tractament o intervenció quirúrgica presenta uns riscos generals. El més greu és la possibilitat d'una parada cardíaca. Altres complicacions són les hemorràgies i les infeccions. En cas d'urgència vital, caldrà actuar sobre aquestes complicacions amb els mitjans oportuns per al bé del pacient, dels quals s'informarà (sempre que les circumstàncies ho permetin) el malalt o la persona que en sigui responsable.

#### RISCS ESPECÍFICS

En l'aspirat medul·lar i biòpsia òssia, pot notar-se alguna vegada dolor moderat en el lloc de la punció, que es pot controlar molt fàcilment amb analgèsics. Més ocasionalment, pot aparèixer posteriorment un hematoma local (morat), sobretot en pacients amb alteracions de la xifra de plaquetes o de la coagulació. Molt inusualment, pot haver alguna complicació relacionada amb els òrgans veïns al punt de la punció.

## POSSIBLES ALTERNATIVES

Aquests tres procediments són essencials per al diagnòstic i posterior tractament de la malaltia. No existeixen procediments alternatius, i la no-realització d'aquestes proves pot implicar una impossibilitat gairebé total d'administrar el tractament més adient per a la malaltia.

**Suggeriments del malalt.....**

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 Garroixa 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 faci un ASPIRAT MEDUL·LAR / BIÒPSIA ÒSSIA.

**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/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.....