

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT PUNCIÓ PERCUTÀNIA AMB AGULLA FINA (PAAF)

..... 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 informat que
(nom i cognoms del facultatiu/iva que proporciona la informació)
és convenient en la meva situació realitzar una PUNCIÓ PERCUTÀNIA AMB AGULLA FINA (PAAF).

DESCRIPCIÓ

Consisteix a practicar una punció a través de la pell per obtenir cèl·lules o mostres de líquids per analitzar-les.
La punció és poc dolorosa i en molts pocs casos és necessari l'administració d'anestèsic local.
Es localitza la zona a punccionar mitjançant l'ecografia o bé per palpació.

RISCOS GENERALS I AVANTATGES

Qualsevol procediment intervencionista, per si mateix, comporta uns riscos com són la infecció i hemorràgia.
La possibilitat de complicacions és mínima (dolor local, hematoma o infecció).
La utilitat de la prova és gran, ja que **facilita una informació, que pot ser decisiva per fer el diagnòstic**, per la qual cosa queda clarament justificat el procediment.

RISCOS ESPECÍFICS

En cas d'haver-hi riscos específics pel pacient es detallen a continuació:

.....
.....

PREPARACIÓ

No necessita preparació prèvia.

EXCEPCIONS

- Estudi de lesions sobre òrgans abdominals (fetge, ronyó...) en que es demanarà estar unes hores en dejú i caldrà obtenir prèviament unes proves de coagulació.
- En aquests casos el pacient quedarà ingressat unes hores en observació a Hospital de dia per prevenir possibles complicacions del procediment.

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.

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 l'equip de Radiodiagnòstic em practiqui el procediment intervencionista indicat.

En cas de sorgir situacions imprevistes, autoritzo als professionals del centre perquè actuïn de la manera que en aquell moment considerin més oportuna, sempre que no sigui possible obtenir un nou document d'autorització.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

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 informant

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