DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

..... núm. HC.....

(nom i cognoms del pacient)

de.....anys, amb DNI núm. ..... i domicili a.....

.....

.....

(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)

amb domicili a .....

i DNI núm. ....., en qualitat de representat legal/ familiar o de parentesc de

.....

(nom i cognoms del pacient)

DECLARO

Que el doctor/a .....m'ha explicat que

(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)

és convenient, en la meva situació, realitzar el procediment/ tractament quirúrgic de SÍNDROME COMPARTIMENTAL. He llegit la informació que se m'ha entregat i que es descriu a continuació.

PREOPERATORI

Abans de la cirurgia serà necessari realitzar-li algunes proves diagnòstiques, com ara analítica, radiografies o electrocardiograma. També li indicarem des de quina hora ha d'estar en dejú.

PROCEDIMENT

El propòsit principal de la intervenció és disminuir la pressió d'un determinat compartiment muscular que es troba anormalment elevada degut a fractures, traumatismes musculars, osteotomies, oclusions arterials, malalties hematològiques, etc.

La intervenció pot demanar anestèsia, el tipus i modalitat de la qual seran valorats pel Servei d'Anestèsia i Reanimació.

La intervenció consisteix en l'obertura de la pell i les fàscies musculars dels compartiments afectats. Si no s'intervé, queden seqüeles musculars i neurològiques irreversibles.

DESCRIPCIÓ RISCOS

Tota intervenció quirúrgica, tant per la mateixa tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat,...), porta implícites una sèrie de complicacions, comunes i potencialment serioses, que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics, i que, en un mínim percentatge de casos, poden ser causa de mort.

DESCRIPCIÓ COMPLICACIONS

Les complicacions de la intervenció quirúrgica per TRACTAMENT DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL poden ser:

- Infecció de les ferides quirúrgiques i dels compartiments musculars oberts.
- Lesió d'estructures vasculars, nervioses o tendinoses durant l'alliberament del compartiment.
- La lesió muscular i nerviosa transcorreguda a certes hores és irreversible, per la qual cosa, malgrat la intervenció, poden quedar lesions musculars i nervioses irrecuperables, i poden ser necessàries intervencions pal·liatives per millorar la funció del membre.
- Se solen requerir desbridaments repetits de les zones musculars necròtiques.
- Es requereixen múltiples cures per aproximar la pell. En ocasions no es pot tancar la pell després de cedir la hiperpressió compartimental, motiu pel qual es requereixen empelts cutanis per tancar les ferides.
- Si la lesió nerviosa o muscular és molt important, pot ser necessària, en un segona fase, l'amputació del membre.

ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

No existeixen.

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 com:

.....

.....

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 em sigui practicat el procediment/ tractament quirúrgic de SÍNDROME COMPARTIMENTAL: .....

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 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.....