

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT TENOSINOVITIS ESTENOSANT

..... 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 TENOSINOVITIS  
ESTENOSANT. 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

La tenosinovitis estenosat és un procés pel qual es redueix la llum del canal per on circulen els tendons (beina tendinosa), la qual cosa provoca dolor i limita la seva mobilitat. L'etiologia pot ser congènita o inflamatòria (per sobreexforços, malalties reumàtiques o sense causa aparent).

La intervenció consisteix en la secció parcial d'aquesta beina per millorar la simptomatologia dolorosa i aconseguir que els tendons es mobilitzin adequadament sense encallar-se.

La intervenció demana anestèsia local o regional. El Servei d'Anestèsia i Reanimació estudiarà les seves característiques personals i l'informarà de quina és la més adequada segons el cas.

### CONSEQÜÈNCIES SEGURES

Atès que únicament se secciona la beina, l'engrossiment del tendó persisteix després de la intervenció, i es pot reduir amb el temps.

Després de la intervenció presentarà molèsties a la zona de la ferida degudes a la cirurgia i al procés de cicatrització, que poden prolongar-se durant algunes setmanes o mesos, o bé fer-se contínues, així com un període variable d'inflamació.

Durant uns dies necessitarà repòs amb el membre intervingut alçat. Igualment, rebrà instruccions

dels exercicis de rehabilitació que haurà de fer. Inicialment presentarà pèrdua de força, que recuperarà gradualment a mesura que vagi exercitant l'extremitat.

#### DESCRIPCIÓ DELS RISCS TÍPICS

Les complicacions del tractament quirúrgic de la TENOSINOVITIS ESTENOSANT són:

- 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.
- Lesió de vasos adjacents.
- Lesió de nervis adjacents, que poden condicionar una disminució de la sensibilitat o una paràlisi.
- Aquesta lesió pot ser temporal o definitiva.
- Obstrucció venosa amb formació de trombes i inflor de la cama corresponent que, en rares ocasions, es complica amb dolor toràctic i dificultat respiratòria (embòlia pulmonar) i que pot conduir inclús a la mort.
- Infecció de la ferida.
- Cicatriu de la ferida dolorosa.
- Rigidesa de les articulacions dels dits que pot anar aïllada o associada a descalcificació dels ossos i inflamació de la mà (atròfia òssia)
- Reaparició de la simptomatologia, amb el temps.

#### ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Inicialment el procés es pot tractar amb repòs, antiinflamatoris o amb infiltracions. Quan aquestes terapèutiques fracassen, hem de recórrer al tractament quirúrgic per intentar alleujar la simptomatologia.

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 TENOSINOVITIS ESTENOSANT:  
.....

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.....