

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT CONITZACIÓ CERVICAL

..... 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 explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari o convenient, n la meva situació, realitzar una conització cervical.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Es tracta d'una intervenció quirúrgica que consisteix en l' extirpació d'una part del coll uterí en forma de con, amb una finalitat diagnòstica o terapèutica.

En el meu cas el motiu és.....

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS

Qualsevol intervenció quirúrgica , tant per la mateixa tècnica quirúrgica com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat, anèmia, obesitat,...) pot tenir una sèrie de complicacions comuns i potencialment serioses que podrien requerir tractaments complementaris tant mèdics com quirúrgics i també hi ha un mínim percentatge de mortalitat.

Les complicacions específiques de la intervenció són: hemorràgies (immediata o tardana), estenosis cervical, coll uterí incompetent, extirpació incompleta de la lesió (marges positius, lesió residual o nova lesió) cremades accidentals en cas d'utilitzar electre-cirurgia, i excepcionalment, perforació uterina.

Si en algun moment de la cirurgia sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria modificar la tècnica quirúrgica habitual o programada.

Per la meva situació actual, el metge/metgessa m'ha explicat que poden augmentar o aparèixer riscos o complicacions com.....
.....
.....

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

M'han explicat l'existència d'altres possibles opcions terapèutiques com per exemple : amputació cervical, tractament destructiu local, o histerectomia en algunes ocasions.

La conització pot efectuar-se amb bisturí, amb làser o nansa electroquirúrgica.

En la meva situació s'efectuarà mitjançant.....

M'han explicat les precaucions i el tractament que haig de seguir després de la intervenció i em comprometo a observar.

ANESTÈSIA: El procediment es pot realitzar amb anestèsia local o general, depenent del cas. Si fos anestèsia general, es valorarà sota la responsabilitat del departament d'anestèsia.

TRANSFUSIONS: No es pot descartar en principi que en el transcurs de la intervenció sorgeixi la necessitat de fer una transfusió; en tot cas, es realitzarà amb les garanties i el personal facultatiu qualificat.

ANATOMIA PATOLÒGICA: Les lesions extirpades durant la intervenció s'enviaran a un estudi anatomopatològic per obtenir un diagnòstic definitiu, del qual s'informarà el pacient i/o representant legal o tutor.

Així mateix he entès que depenent dels resultats obtinguts i per tant del diagnòstic definitiu, pot ser necessari completar aquesta intervenció amb una altra de més àmplia, de la qual s'informarà si és el cas.

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 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 se'm faci el tractament quirúrgic d'una CONITZACIÓ CERVICAL.

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....