

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT HISTERECTOMIA RADICAL

..... 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/convenient en la meua situació sotmetre'm a una histerectomia radical.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La histerectomia radical només es pot practicar a través de la paret del ventre (abdominal). La intervenció consisteix en l'extracció de la matriu (úter), cosa que comporta la impossibilitat de tenir més fills i també l'absència de regles. La histerectomia radical porta associada l'extracció dels ovaris i les trompes de Fal·lopi, les arrels (parametris) de la matriu i els ganglis pelvians, així com l'exploració dels ganglis para aòrtics. En extreure els ovaris, es provoca la menopausa o climateri, amb els símptomes que li són propis.

Tot el material extirpat en l'operació serà enviat per a estudi histopatològic. Si en algun moment de l'operació hi hagués algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica operatòria programada.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUENTS)

- Infeccions d'orina, de la paret abdominal, del terreny operatori... amb la possibilitat de tenir febre.
- Hemorràgia intraoperatòria (en alguns casos pot necessitar transfusió sanguínia intra o postoperatòria).
- Lesions fortuïtes dels òrgans veïns: bufeta de l'orina, urèters, uretra.
- Lesions fortuïtes intestinals.
- Fístules (comunicacions anormals entre les vies

urinàries o digestives i la vagina) després de la intervenció.

- Enduriments i problemes de la cicatriu.
- A llarg termini podrien produir-se descensos de la vagina (prolapses) o hèrnies de la cicatriu del ventre.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Altres possibles opcions de tractament: radioteràpia o hormonoteràpia.

El Servei d'Anestèsia informarà el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

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 realitzi aquesta intervenció.

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.....