

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT HISTEROSCÒPIA DIAGNÒSTICA

..... 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 histeroscòpia diagnòstica.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La histeroscòpia és un procediment diagnòstic i quirúrgic de gran utilitat en ginecologia. Consisteix en la introducció, a través de la vagina, d'un sistema òptic de petit diàmetre en l'interior de l'úter. La histeroscòpia diagnòstica té com a objectiu l'exploració de l'úter. Durant l'acte es poden prendre biòpsies i fer altres intervencions. Pot demanar anestèsia local o regional.

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

- Reaccions al·lèrgiques a l'anestèsia.
- Reaccions vasals, sensació de mareig... que desapareixen en poca estona (10-15 minuts).
- Dolor abdominal.
- Infeccions.
- Lesió fortuïta de l'úter.

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Pot ser necessari practicar una laparoscòpia o una laparotomia.

El Servei d'Anestèsia informará 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 la intervenció d'histeroscòpia diagnòstica.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional

ingrés per CMA

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.....