DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

RASPAMENT EVACUADOR UTERÍ

..... 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 de .....de .....

(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 meva situació sotmetre'm a un raspament evacuador uterí.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

El raspament evacuador només es pot practicar a través de la vagina. Consisteix a buidar amb pinces el contingut de la matriu, a través del coll dilatat que, si no ho està, s'ha de fer dilatar prèviament amb laminàries i amb tiges d'Hegar durant l'operació. L'objectiu del raspament evacuador és buidar l'interior de la matriu de restes tissulars. El buidatge es completa amb ronyeres (culleres fenestrades) per eliminar completament el contingut de la matriu.

Tot el material obtingut durant la intervenció serà remès per a estudi histopatològic. Si en el transcurs de l'operació sorgeix algun imprevist, l'equip mèdic podrà variar la tècnica programada.

BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ

Buidar l'interior de la matriu de restes tissulars. En casos d'avortament diferit, el raspament evacuador permet completar l'evacuació de la matriu.

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

- Infeccions d'orina, de la matriu, de les trompes... amb possibilitat de tenir febre.
- Hemorràgia, amb la possibilitat de transfusió de productes de la sang durant o després de la intervenció.
- Perforació de la matriu.
- Persistència del material tissular, amb la possibilitat d'haver de repetir la intervenció.

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.....

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.....