CONSENTIMENT INFORMAT

VERSIÓ CEFÀLICA EXTERNA

..... 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

(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)

el procediment de la versió cefàlica externa per intentar versionar el fetus a presentació de cap.

Aquesta intervenció no requereix hospitalització i es realitzarà de manera ambulatòria a sala de parts.

INDICACIÓ: El motiu de la realització del procediment és la presentació de natges del fetus.
AQUEST PROCEDIMENT SUPOSA la manipulació de l'abdomen matern, amb control estricte del benestar del fetus.

La pacient ha rebut el document informatiu específic sobre la versió externa, entén i accepta el procediment i els seus riscos associats.
Es canalitzarà una via perifèrica, i s'administrarà medicació per a relaxar l'úter i, si és precís, medicació analgèsica.

Eventualment pot requerir de la realització d'una cesària urgent si durant el procediment es produeix qualsevol alteració que posi en risc la salut de la mare o el fetus.
En dones amb grup sanguini Rh negatiu, posteriorment s'administrarà la vacuna anti-D.

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 aquest procediment.

Pacient o representant legal **Metge/metgessa informant**

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

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/..... 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.....