CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ DE....................................

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que poden ocórrer. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi-ho atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin.

# DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# En cas de NO EFECTUAR-SE AQUEST PROCEDIMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

La realització del meu procediment pot ser filmat amb finalitats científiques o didàctiques, tret que jo manifesti el contrari.

# BENEFICIS DEL PROCEDIMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

# ALTERNATIVES AL PROCEDIMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

# RISCOS GENERALS I ESPECÍFICS DEL PROCEDIMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RISCOS PERSONALITZATS I ALTRES CIRCUMSTÀNCIES:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

# OBSERVACIONS I CONTRAINDICACIONS

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

# CONSEQÜÈNCIES DE LA CIRURGIA:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

# DESITJA REALITZAR ALGUNA MANIFESTACIÓ EN RELACIÓ AMB LA INTERVENCIÓ?:

Sr./Sra: ………………………………………………………amb DNI: ………………………

DECLARO: Que he estat informat amb antel.lació i de forma satisfactòria pel metge, del procediment

(CIRURGIA................................................................................) que se'm realitzarà així com dels seus riscos i complicacions.

Que conec i assumeixo els riscos i/o seqüeles que poguessin produïr-se per l'acte quirúrgic pròpiament dit, per la localització de la lesió o per complicacions de la intervenció, malgrat que els metges posin tots els mitjans al seu abast.

Que he llegit i comprès aquest escrit. Estic satisfet amb la informació rebuda, he formulat totes les preguntes que he cregut convenient i m'han aclarit tots els dubtes plantejats.

Que se m'ha informat de la possibilitat d'utilitzar el procediment en un projecte docent o d'investigació sense que comporti risc addicional sobre la meva salut, i que per tant pot ser documentat de forma gràfica i/o audiovisual respectant el meu anonimat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara dóno, només comunicant-ho a l'equip mèdic.

I en aquestes condicions:

DONO EL MEU CONSENTIMENT NO CONSENTEIXO

que se’m realitzi la

Signatura del metge que informa Signatura

Dr./Dra.: Sr./Sra: …….....

Col·legiat núm…………………..

Data: Data:

# REPRESENTANT LEGAL

Sr./Sra:……………………………………………………………………. amb DNI:…………………….

en qualitat de a causa de………………………………

dóno el meu consentiment al fet que se li realitzi el procediment proposat.

Signatura del representant

Data:

# REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT:

Sr./Sra:……………………………………………………………………., amb DNI:……………………

REVOCO el consentiment anteriorment donat per a la realització d'aquest procediment per voluntat pròpia, i assumeixo les conseqüències derivades d'això en l'evolució de la malaltia que pateixo / que pateix el pacient.

Signatura Signatura del representant

Data