

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 produir-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 dono, 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.:
Col·legiat núm.....
Data:

Sr./Sra
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