

Cognoms: _____

Nom del metge: _____

Nom: _____

Servei: CIRURGIA TORÀCICA _____

Núm. H.C. _____

Com pacient, té dret a ser informat sobre els beneficis i riscos derivats de la intervenció quirúrgica:

El propòsit d'aquest document és informar-lo, perquè pugui prendre la decisió, lliure i voluntària, d'autoritzar o rebutjar el citat procediment. En aquest sentit, li comuniquem que informar-lo i sol·licitar la seva autorització, sempre que la urgència ho permet, és una norma d'obligat compliment per el/la metge que l'atén, de conformitat amb la legislació vigent.

DECLARO

1. Estar satisfet/a amb la informació que he rebut sobre la necessitat de què se'm realitzi el procediment.
2. Que consisteix en:

3. Que té com objectius:

- Diagnòstic
- Tractament
- Pal·liació (millora) simptomàtica

4. L'anestèsia serà necessària i serà del tipus:

5. Comprenc que tot i l'adequada elecció de la tècnica i de la seva correcta realització poden presentar-se complicacions, que aquestes poden afectar a tots els òrgans i sistemes, que poden ser greus i que poden comportar riscos de mortalitat.

El risc a patir complicacions i la gravetat de les mateixes augmenta amb l'edat, la complexitat del procediment i per la presència de co-morbiditat.

El tractament de la/les complicació/ns pot arribar a requerir una reintervenció, en ocasions d'urgència.

6. Els efectes indesitjables propis de qualsevol intervenció són: dolor immediat, infecció, hemorràgia, intolerància al material de sutura, alteracions de la cicatrització i dolor perllongat en la zona de la intervenció.

Els efectes indesitjables propis d'aquesta intervenció són:

Els factors de risc en relació amb les meves circumstàncies personals són:

6. Els beneficis del procediment escollit són:

7. Els procediments alternatius i els seus riscos són:

8. Els efectes previsibles de no fer cap dels procediments explicats són:

9. Se m'ha indicat la necessitat d'advertir de les meves possibles al·lèrgies a medicaments i altres, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesi, marcapassos, medicacions actuals o qualsevol altra circumstància.

10. La informació m'ha estat explicada de forma comprensible i les meves preguntes han estat contestades.

PER TANT

- ☐ **Dono el meu consentiment a la pràctica del procediment que se'm proposa.**

Signatura del metge

Signatura del pacient

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

- ☐ **He decidit, no autoritzar la realització del procediment que m'ha estat proposat.**

Signatura del metge

Signatura del pacient

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En cas d'incapacitat del pacient i/o minoria d'edat, especificant la causa d'incapacitat: _____

Les mostres biològiques i les imatges que s'obtinguin en el meu procés d'atenció poden ser conservades i utilitzades en tasques de docència, preservant l'anonimat, i en tasques de recerca autoritzades pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (marqui la seva elecció amb el signe X): SI NO

Informació addicional en el text adjunt: SI NO