



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una forma de tractament de diverses patologies basada en l'aplicació local de fred (baixes temperatures).
- 2. Com es realitza?:** El tractament consisteix a aplicar nitrogen líquid o l'agent congelant triat, amb esprai, turunda de cotó o per mitjà de diversos tipus de sondes, després de la desinfecció de l'àrea a tractar.
- 3. Quins riscos té?:** Al cap d'unes hores notaré inflor de la zona, i que és possible que apareguen butllofes, amb o sense sang, i fins i tot necrosi sobre la zona tractada, i en aquest cas hauré de curar-les tal com m'han indicat.

Malgrat l'adequada elecció del tractament i de la seua correcta realització poden presentar-se efectes indesitjables com a dolor local, alteracions de la col·locació de la pell, cicatrius i infeccions, encara que tals complicacions són escasses, i generalment poc freqüents. Menys freqüents encara són les parestèsies i retraccions dels teixits.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** La zona tractada sol estar enrogida després d'aplicar la crioterapia. És normal que es forma una butllofa transparent o de color vermellós al cap d'unes hores. Si passats uns dies hi ha signes d'infecció com a enrogiment, inflor, eixida de líquid o pus o si té febre ha d'acudir al metge.

Aqueixa zona pot ser lleugerament dolorosa durant els 3 primers dies. Després es forma una crosta que s'enlairarà sola al cap d'1 a 3 setmanes, Al cap o coll pot mantindre's fins a 6 setmanes i alguna cosa més en braços i cames. Algunes lesions de la pell, sobretot les berrugues, poden necessitar més d'una sessió de tractament amb crioterapia. És convenient que el seu metge el valore unes setmanes després de la crioterapia.

Després que haja cicatritzat, en la pell tractada pot quedar una cicatriu molt xicoteta o un color una mica més clar que la pell del seu voltant.

- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** El seu metge l'informarà segons la patologia motiu de la intervenció.
- 6. Alternatives:** El seu metge l'informarà segons la patologia motiu de la intervenció.
- 7. Riscos en funció de la situació del pacient:** El metge m'ha advertit que aquesta tècnica està contraindicada en pacients amb urticària per fred, crioglobulinèmia i criofibrinogèmia 2

Sé igualment que he d'avisar de possibles al·lèrgies medicamentoses, cicatritzacions anòmales, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, pròtesis, marcapassos, medicacions actuals i qualsevol altra circumstància.

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVINCIA	TELEFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NÚM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprès la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment

No autoritze la realització d'aquest procediment

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, de _____ de _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: _