**1. Què és?**

Explicar breument el procediment i per a què es realitza.

**2. Com es realitza?**

* Indicar preparació prèvia si es requereix.
* Explicar la tècnica del procediment.
* Afegir imatge si escau
* Assenyalar els possibles símptomes que poden aparéixer durant la seua realització.
* Presentació de situacions especials que requerisquen una actuació especial.
* Possibilitat de la utilització de tècniques anestèsiques/analgèsiques i en aquest cas se l'informarà prèviament.
* Instruccions bàsiques a seguir després de la realització del procediment.

**3. Quins són els seus riscos?**

Separar en dos apartats, sense necessitat d'indicar percentatges de freqüència:

* ***Freqüents (indicar, si escau, lleus/greus):***
* ***Infreqüents (indicar, si escau, lleus/greus):***

**4. Conseqüències previsibles de la seua realització:**

**5. Conseqüències previsibles de la seua no realització:**

**6. Alternatives**

Explicar les altres tècniques existents i justificar l'elecció del procediment en qüestió.

**7. Riscos en funció de la seua situació:**

**Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants o que haja patit medicacions actuals.**

**DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES PACIENT** | | | | | | | |
| COGNOMS | | | | NOM | | | |
| DNI | | Núm. SIP | | DATA DE NAIXEMENT | | | |
| **DADES REPRESENTANT LEGAL** | | | | | | | |
| COGNOMS | NOM | | DNI | | DATA DE NAIXEMENT | EN QUALITAT DE | |
| **DADES PROFESSIONAL** | | | | | | | |
| COGNOMS | NOM | | CATEGORIA PROFESSIONAL | | | | Núm. COL·LEGIACIÓ |

**AUTORITZACIONS:**

**Declare que se m'ha explicat el procediment**. **He comprés la informació rebuda i he pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes.**

**Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment i que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctiques, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonimat.**

**⬜ AUTORITZE LA REALITZACIÓ D'AQUEST PROCEDIMENT ⬜ NO AUTORITZE**

**⬜ AUTORITZE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFIQUES ⬜ NO AUTORITZE**

Pacient / Representant Professional sanitari/ària

Signatura: Signatura:

**REVOCACIONS:**

**⬜ REVOQUE EL CONSENTIMENT PER A LA REALITZACIÓ D'AQUEST PROCEDIMENT prestat en data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**⬜ REVOQUE EL CONSENTIMENT PER A LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFIQUES prestat en data \_\_\_\_\_\_\_\_**

Pacient / Representant. Professional sanitari/ària

Signatura: Signatura:

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ:**

Expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia sense que això impedisca que puga donar el consentiment per a la realització d’aquest procediment, tal com he signat en l'apartat anterior.

Pacient / Representant. Professional sanitari/ària

Signatura: Signatura:

*En cas de no convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, hauran de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la té. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.*