Consentiment informat – ***Nom del procediment / tractament quirúrgic / prova diagnòstica / etc.***

|  |  |
| --- | --- |
| Pacient | Prescriptor/a |
| Nom: Xxxxxx  Cognoms: Xxxxxx Yyyyyyy  DNI/NIE: 44444444R  CIP: XXXX4444444444  Número d’història clínica: 44444444 | Nom: Xxxxxx  Cognoms: Xxxxx Xxxxxxx  Número de col·legiat/ada: 123456  Servei: xxxxx |

**En què consisteix la prova / procediment?**

***Descripció detallada del procediment, amb un llenguatge comprensiu què és el que se li proposa al pacient, quan de temps dura aquesta prova, si requereix preparació prèvia, etc..***

**Per què proposem fer-vos aquesta prova / procediment? Quins en són els beneficis?**

***Justificació de per què recomanem fer aquest procediment..***

**Quines són les conseqüències de no practicar aquesta prova / procediment?**

***Explicació de les conseqüències de no fer aquest procediment. Si hi ha alternatives a aquest procediment i si són tan efectives com el procediment que es proposa.***

**Quins són els riscos que pot comportar aquest procediment?**

***Descripció dels riscos que es deriven d’aquest procediment. S’han d’explicar manera comprensible i adaptat al llenguatge del pacient o usuari.***

**Riscos freqüents**

***Descripció dels riscos que s’evidencien de forma freqüent.***

**Riscos poc freqüents**

***Descripció dels riscos que s’evidencien de forma rara o poc freqüent.***

**Riscos en funció de la vostra salut**

***Descripció dels riscos que es poden donar segons l’estat de salut i les característiques físiques i mentals del pacient.***

**Com tractem les vostres dades:**

He estat informat/da que les meves dades personals seran tractades per Badalona Serveis Assistencials, SA com a responsable del tractament amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat en base amb l’article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com a altres drets, tal com s’explica la informació addicional disponible a la pàgina web [www.bsa.cat](http://www.bsa.cat/)

|  |  |
| --- | --- |
| Pacient | Prescriptor/a |
| Nom: Xxxxxx  Cognoms: Xxxxxx Yyyyyyy  DNI/NIE: 44444444R  CIP: XXXX4444444444 | Nom: Xxxxxx  Cognoms: Xxxxx Xxxxxxx  Número de col·legiat/ada: 123456  Servei: xxxxx |

**Firma del consentiment**: escolliu una de les tres opcions, marcant les caselles pertinents i, al final del document, signeu i ompliu les dades sol·licitades.

**Autorització**

□ Autoritzo l’equip assistencial de la ***Nom del Servei que realitza el procediment/tractament quirúrgic/prova diagnòstica/etc. de BSA*** a aplicar l’actuació del procediment ***Nom del procediment/tractament quirúrgic/prova diagnòstica/etc.***

□ M’han informat dels riscos possibles associats al procediment i els he entès plenament. Si sorgeix alguna complicació, dono el meu consentiment perquè es faci allò que calgui i convingui.

□ M’han informat que tinc el dret a anul·lar aquest consentiment. També sé que puc exposar condicions particulars o reserves referents al procediment esmentat.

**Rebuig**

□ No autoritzo l’equip assistencial del ***Nom del Servei que realitza el procediment/tractament quirúrgic/prova diagnòstica/etc. de BSA*** a aplicar el procediment ***Nom del procediment/tractament quirúrgic/prova diagnòstica/etc.***, del qual se m’ha informat i que he entès plenament. Assumeixo les conseqüències que, de la meva negativa, se’n puguin derivar per a la salut o la vida.

**Revocació**

□ He decidit, de forma lliure i conscient, retirar el meu consentiment a l’aplicació del procediment ***Nom del procediment/tractament quirúrgic/prova diagnòstica/etc.***.Assumeixo les conseqüències que, de la meva negativa, se’n puguin derivar per a la salut o la vida.

Badalona, ***dd-mm-aaaa*** de la signatura

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL/DE LA PACIENT** | **FIRMA DEL/ DE LA REPRESENTANT o CURADOR/A LEGAL** | **FIRMA DEL/DE LA PROFESSIONAL ASSISTENCIAL** |
|  |  |  |
| **Informàtica: Dades del pacient**  **DNI/NIE:** | **Nom i Cognoms:**  **DNI/NIE:**  **En qualitat de:** | **Informàtica: Dades del professional**  **Núm. de col·legiat/da:** |