



DOCUMENT DE DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT A PROVES DIAGNÒSTIQUES I/O TRACTAMENTS PROPOSATS

CIP:..... Història núm. :

Sra.:de anys d'edat
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a i DNI núm.

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOM I DOS COGNOMS DEL FACULTATIU QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓ)

M'ha explicat que en la meva situació es necessari / convenient procedir a realitzar una

Amb l'objectiu de

El/La Doctor/a m'ha informat dels riscos que es deriven de no realitzar-se la tècnica, que són

I que en el meu cas es poden incrementar per

He entès les explicacions, que se m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Per això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que entenc l'abast i els riscos de **NO SOTMETRE'M** al procediment indicat.

En tals condicions, **NO CONSENTEIXO** que se'm realitzi

A
(LLOC I DATA)

Firmat: EL/LA METGE

Firmat: LA PACIENT

Firmat: EL/LA REPRESENTANT LEGAL (si procedeix)

Sr./Sra.:de anys d'edat
(NOM I DOS COGNOMS)

Amb domicili a i DNI núm.

En qualitat de de la Sra.:
(REPRESENTANT LEGAL, FAMILIAR O AFÍ) (NOM I DOS COGNOMS DE LA PACIENT)

*El document que ara es presenta constitueix el vessant negatiu del consentiment informat. Com a tal, és també un dret del pacient i amb aquest caràcter està recollit a la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Des del punt de vista del dret del pacient s'acredita la informació com a garantia de la seva lliure elecció. Des del punt de vista mèdic s'acredita el compliment de l'obligació de diligència, traduïda en la disposició a practicar una tècnica recomanada segons l'estat de la ciència mèdica.