

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

DADES IDENTIFICADORES

DE L'OFICINA DE FARMÀCIA

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Titular propietari | |
| NIF | Número d'oficina de farmàcia |
| Domicili | |
| Localitat | Província |
| Codi Postal | Telèfon |

DEL PERSONAL APLICADOR

| | |
|-----|---------|
| Nom | Cognoms |
|-----|---------|

DE L'USUARI

| | | |
|-----------------|--------------|-------------------|
| Nom | Cognoms | |
| DNI o passaport | Nacionalitat | Data de naixement |
| Domicili | | |
| Localitat | Província | |
| Codi Postal | Telèfon | |

SI ÉS EL CAS, DEL REPRESENTANT LEGAL DE L'USUARI

No necessari omplir en cas d'usuaris majors d'edat ni d'adolescents de més de setze anys

| | | |
|--|--------------|-------------------|
| Tipus de representant (pare, mare o tutor) | | |
| Nom | Cognoms | |
| DNI o passaport | Nacionalitat | Data de naixement |
| Domicili | | |
| Localitat | Província | |
| Codi Postal | Telèfon | |

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

DADES IDENTIFICADORES

DE L'OFICINA DE FARMÀCIA

| | | |
|--------------------|------------------------------|--|
| Titular propietari | | |
| NIF | Número d'oficina de farmàcia | |
| Domicili | | |
| Localitat | Província | |
| Codi Postal | Telèfon | |

DEL PERSONAL APLICADOR

| | |
|-----|---------|
| Nom | Cognoms |
|-----|---------|

DE L'USUARI

| | | |
|-----------------|--------------|-------------------|
| Nom | Cognoms | |
| DNI o passaport | Nacionalitat | Data de naixement |
| Domicili | | |
| Localitat | Província | |
| Codi Postal | Telèfon | |

SI ÉS EL CAS, DEL REPRESENTANT LEGAL DE L'USUARI

No necessari omplir en cas d'usuaris majors d'edat ni d'adolescents de més de setze anys

| | | |
|--|--------------|-------------------|
| Tipus de representant (pare, mare o tutor) | | |
| Nom | Cognoms | |
| DNI o passaport | Nacionalitat | Data de naixement |
| Domicili | | |
| Localitat | Província | |
| Codi Postal | Telèfon | |

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

L'usuari o, si és el cas, el seu representant legal, **reconeix estar informat de forma clara i entenedora**, tant verbalment com per escrit d'aquest document, estar-hi plenament conforme i **dóna de forma personal, voluntària, lliure, conscient i per escrit el consentiment per sotmetre's a la pràctica de la perforació del lòbul de l'orella que s'hi descriu, en les condicions també assenyalades**, consentiment que fa efectiu mitjançant la signatura.

Aquest document conté els següents annexos:

Annex I si escau, fotocòpia del DNI del representant legal de l'usuari.

Annex II si escau, fotocòpia del testimoni de la sentència judicial de declaració d'incapacitació.

Es recomana la visita als serveis mèdics en cas que l'usuari pateixi malalties o si es produeixen complicacions posteriors a la pràctica de la perforació.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Quan escaigui, signatura del representant legal per acreditar prou maduresa del menor per prestar el consentiment.

El sotasignat declara estar informat que les seves dades han passat a formar part d'una base de dades de la qual és responsable (titular oficina farmàcia) (adreça postal) (adreça electrònica) (cif)....., amb la finalitat de fer-li la perforació del lòbul de l'orella. El termini de conservació de les dades serà d'un a màxim de tres anys. El tractament de les dades és necessari per prestar el servei i no s'apliquen decisions automatitzades. D'aquestes dades el responsable no en farà transferències internacionals i l'usuari podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament a l'adreça postal o electrònica indicades. També podrà presentar reclamacions davant de l'autoritat de control per denunciar un ús inadequat de les dades per part del responsable.

Document de consentiment informat de la perforació del lòbul de l'orella

L'usuari o, si és el cas, el seu representant legal, **reconeix estar informat de forma clara i entenedora**, tant verbalment com per escrit d'aquest document, estar-hi plenament conforme i **dóna de forma personal, voluntària, lliure, conscient i per escrit el consentiment per sotmetre's a la pràctica de la perforació del lòbul de l'orella que s'hi descriu, en les condicions també assenyalades**, consentiment que fa efectiu mitjançant la signatura.

Aquest document conté els següents annexos:

Annex I si escau, fotocòpia del DNI del representant legal de l'usuari.

Annex II si escau, fotocòpia del testimoni de la sentència judicial de declaració d'incapacitació.

Es recomana la visita als serveis mèdics en cas que l'usuari pateixi malalties o si es produeixen complicacions posteriors a la pràctica de la perforació.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Quan escaigui, signatura del representant legal per acreditar prou maduresa del menor per prestar el consentiment.

El sotasignat declara estar informat que les seves dades han passat a formar part d'una base de dades de la qual és responsable (titular oficina farmàcia) (adreça postal) (adreça electrònica) (cif)....., amb la finalitat de fer-li la perforació del lòbul de l'orella. El termini de conservació de les dades serà d'un a màxim de tres anys. El tractament de les dades és necessari per prestar el servei i no s'apliquen decisions automatitzades. D'aquestes dades el responsable no en farà transferències internacionals i l'usuari podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament a l'adreça postal o electrònica indicades. També podrà presentar reclamacions davant de l'autoritat de control per denunciar un ús inadequat de les dades per part del responsable.

Recomanacions després de la perforació del lòbul de l'orella

DESCRIPCIÓ DE LA PRÀCTICA

Perforar els lòbuls de les orelles mitjançant la tècnica de subjecció de l'arracada de manera automàtica, estèril i d'un sol ús.

RISCOS SANITARIS I COMPLICACIONS ASSOCIATS A LA PRÀCTICA

- Possibilitat d'una infecció bacteriana. El microorganisme es pot introduir amb el pírcing en dos moments diferents: **a)** durant la seva col·locació **b)** durant la cicatrització per falta de desinfecció o higiene de la ferida o per manipulació del pírcing.
- La cicatrització de la zona dura diverses setmanes. Aquest període, però, és molt variable. Això obliga a aplicar mesures de desinfecció mentre la ferida esta oberta. Es pot utilitzar un antisèptic i mantenir sempre una bona higiene corporal.
- En els casos en què aparegui una infecció s'ha de consultar el metge.

CURES NECESSÀRIES PER ACONSEGUIR LA CICATRITZACIÓ

Consells postractament de la zona afectada.

- Aplicar diàriament un antisèptic o sèrum fisiològic amb una gasa estèril.
- Mantenir la zona seca.
- No rascar la ferida.
- La primera setmana, evitar el sol, les saunes, les piscines i les platges.
- Si apareix qualsevol reacció o alteració, s'ha de consultar el metge o el farmacèutic.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Si és el cas, signatura del representant legal per acreditar la maduresa suficient del menor per prestar el consentiment

Recomanacions després de la perforació del lòbul de l'orella

DESCRIPCIÓ DE LA PRÀCTICA

Perforar els lòbuls de les orelles mitjançant la tècnica de subjecció de l'arracada de manera automàtica, estèril i d'un sol ús.

RISCOS SANITARIS I COMPLICACIONS ASSOCIATS A LA PRÀCTICA

- Possibilitat d'una infecció bacteriana. El microorganisme es pot introduir amb el pírcing en dos moments diferents: **a)** durant la seva col·locació **b)** durant la cicatrització per falta de desinfecció o higiene de la ferida o per manipulació del pírcing.
- La cicatrització de la zona dura diverses setmanes. Aquest període, però, és molt variable. Això obliga a aplicar mesures de desinfecció mentre la ferida esta oberta. Es pot utilitzar un antisèptic i mantenir sempre una bona higiene corporal.
- En els casos en què aparegui una infecció s'ha de consultar el metge.

CURES NECESSÀRIES PER ACONSEGUIR LA CICATRITZACIÓ

Consells postractament de la zona afectada.

- Aplicar diàriament un antisèptic o sèrum fisiològic amb una gasa estèril.
- Mantenir la zona seca.
- No rascar la ferida.
- La primera setmana, evitar el sol, les saunes, les piscines i les platges.
- Si apareix qualsevol reacció o alteració, s'ha de consultar el metge o el farmacèutic.

....., de/d' del

Signatura de l'usuari

Signatura del personal aplicador

Si és el cas, signatura del representant legal per acreditar la maduresa suficient del menor per prestar el consentiment