

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

### **1. Què és?:**

Les amígdales palatines (angines) i les adenoides (vegetacions) són masses de teixit limfoide localitzades en la gola, a banda i banda del paladar i per darrere del nas, respectivament. Tenen la funció de protegir l'organisme d'infeccions víriques o bacterianes. No obstant això, poden ser danyades per microorganismes o créixer en excés i produir diverses alteracions. Aquesta funció immunitària es desenvolupa en els primers anys de vida, però és menys important a mesura que el xiquet o la xiqueta creix. Quan és necessària l'extirpació, la funció defensiva és suplida per altres estructures de l'organisme.

### **2. Com es realitza?:**

La intervenció es realitza sota anestèsia general. Anomenem AMIGDALECTOMIA l'extirpació de les amígdales palatines, i ADENOIDECTOMIA l'extirpació de les vegetacions adenoidals. Si eliminem tot el teixit amigdalí seguint el pla de la càpsula, parlem d'AMIGDALECTOMIA TOTAL EXTRACAPSULAR, i si eliminem el teixit obstructiu però conservem la càpsula i part del teixit amigdalí, AMIGDALECTOMIA PARCIAL INTRACAPSULAR o AMIGDALOTOMIA.

És una de les intervencions més freqüents en otorrinolaringologia. S'ha provat que és un mètode segur i efectiu per a resoldre obstruccions respiratòries i infeccions cròniques o recurrents de la faringe

### **3. Quins són els riscos?**

Els riscos vitals, tant intraoperatoris com postoperatoris són els propis de qualsevol cirurgia major i estan íntimament relacionats amb l'edat, l'estat general i la patologia associada que presente la persona.

El dolor postoperatori (local i irradiat a les orelles) pot ser raonablement controlat amb medicació.

En estranyes ocasions es pot trencar o perdre alguna peça dentària.

L'hemorràgia postoperatòria ocorre en aproximadament un 1-2% dels casos. Pot aparèixer durant les dues primeres setmanes després de la cirurgia, encara que és més freqüent en el postoperatori immediat. El seu tractament pot fer-se de forma ambulatoria, encara que sol requerir una revisió sota anestèsia general. En ocasions excepcionals, cal una transfusió sanguínia.

A causa que la deglució és dolorosa després de la cirurgia, pot haver-hi una escassa aportació de líquids que requereix tractament.

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

Els beneficis que té aquest procediment són els següents: Millora en la respiració, disminució d'infeccions de vies respiratòries altes i eliminació del focus infecciós.

### **5. Conseqüències previsibles de la no-realització:**

Dificultats respiratòries, deformitats del massís facial amb mal tancament dentari, infeccions focals amb possibilitats d'afectació renal, cardíaca i reumàtica.

### **6. Alternatives:**

Atés que la cirurgia es planteja davant el fracàs del tractament mèdic i les mesures higièniques, no existeix alternativa terapèutica.

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

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

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

**REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

**PROFESSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
*Autorizo la realización de este procedimiento.*

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
*No autorizo la realización de este procedimiento.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

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 l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. 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. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*