



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** Vosté pateix una malaltia en un o els dos sins maxil·lars, que són les cavitats que es troben a banda i banda del nas i allotjats a l'interior de l'os maxil·lar. Aquest procediment es realitza per a diagnosticar, avaluar i/o tractar una malaltia localitzada en el si maxil·lar. Els beneficis que li reportarà aquesta intervenció són una millora dels símptomes en cas d'èxit de la intervenció i l'obtenció d'un diagnòstic de certesa.

2. **Com es realitza?:**

Aquesta intervenció es practica amb anestèsia general i consisteix en l'obertura d'aquest si a través d'una incisió a l'interior de la cavitat oral per damunt de les dents superiors, per la qual cosa no quedaran cicatrius visibles.

3. **Quins són els riscos?**

Els riscos possibles són:

- Dolor en la galta els primers dies després de la cirurgia.
- Hemorràgia que pot requerir transfusió sanguínia.
- Infecció de la ferida.
- Lesió del nervi infraorbitari, amb falta de sensibilitat en les dents superiors.
- Lesió de l'ull.
- Fracàs en la cicatrització de la ferida operatòria sobre les dents superiors.
- Recurrència de la malaltia.

Efectes secundaris:

- Disminució de la sensibilitat en la galta i les dents superiors, que desapareix al cap d'un setmanes.
- Fístula oro-antral: Orifici que comunica la cavitat oral (la boca) amb el si maxil·lar.
- Lesió ocular: Tot i que és molt estranya, pot quedar com a seqüela una alteració en la mobilitat ocular, o disminució en l'agudesesa visual.
- No-resolució de la malaltia.

Els riscos vitals són poc freqüents, encara que com en tot acte mèdic i tenint en compte la necessitat d'anestèsia general, en tots els casos poden produir-se. Aquests riscos vitals, tant intraoperatoris com extraoperatoris, 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.

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

Després de la intervenció, portarà el nas tapat completament, almenys durant un dia. En algunes ocasions es col·loquen uns plàstics, que hauran de romandre un temps. És normal notar algunes molèsties, com ara sequedat nasal o formació de costres.

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

Si la intervenció s'ha indicat per a obtenir un diagnòstic, no tindrà la possibilitat d'un tractament adequat. Continuar amb els símptomes que ara pateix, amb possibilitat de complicacions oculars, dentàries i de les parts blanques de la cara.

6. **Alternatives:**

Algunes malalties en les quals s'indica aquesta intervenció, poden ser tractades amb medicaments. La intervenció es proposa en cas de fracàs o no-possibilitat del tractament mèdic.

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 / TELEFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRONICO

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*

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*

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*

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.*