

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Usted padece una enfermedad en uno o ambos senos maxilares, que son las cavidades que se encuentran a ambos lados de la nariz y alojados en el interior del hueso maxilar. Este procedimiento se realiza para diagnosticar, evaluar y/o tratar una enfermedad localizada en el seno maxilar. Los beneficios que le reportará esta intervención son una mejoría de los síntomas en caso de éxito de la intervención y la obtención de un diagnóstico de certeza.

**2. ¿Cómo se realiza?:**

Esta intervención se practica con anestesia general y consiste en la apertura de este seno a través de una incisión en el interior de la cavidad oral por encima de los dientes superiores, por lo que no quedarán cicatrices visibles.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

Los riesgos posibles son:

- Dolor en la mejilla los primeros días tras la cirugía.
- Hemorragia que puede requerir transfusión sanguínea.
- Infección de la herida.
- Lesión del nervio infraorbitario, con falta de sensibilidad en los dientes superiores.
- Lesión del ojo.
- Fracaso en la cicatrización de la herida operatoria sobre los dientes superiores.
- Recurrencia de la enfermedad.

Efectos secundarios:

- Disminución de la sensibilidad en la mejilla y los dientes superiores, que desaparece al cabo de unas semanas.
- Fístula oro-antral: Orificio que comunica la cavidad oral (la boca) con el seno maxilar.
- Lesión ocular: Aunque es muy rara, puede quedar como secuela una alteración en la movilidad ocular, o disminución en la agudeza visual.
- No resolución de la enfermedad.

Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, en todos los casos pueden producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra como extraoperatorios, son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que presente la persona.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:**

Después de la intervención, llevará la nariz taponada completamente, por lo menos durante un día. En algunas ocasiones se colocan unos plásticos, que deberán permanecer un tiempo. Es normal notar algunas molestias, como sequedad nasal o formación de costras.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

Si la intervención se ha indicado para obtener un diagnóstico, no tendrá la posibilidad de un tratamiento adecuado. Continuar son los síntomas que ahora padece, con posibilidad de complicaciones oculares, dentarias y de las partes blandas de la cara.

**6. Alternativas:**

Algunas enfermedades en las que se indica esta intervención, pueden ser tratadas con medicamentos. La intervención se propone en caso de fracaso o no posibilidad del tratamiento médico.

**7. Riesgos en función de su situación:**

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**OTORRINOLARINGOLOGÍA  
ANTROSTOMÍA MAXILAR (CALDWELL-LUC)**

**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.

, d de 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.

, d de 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.