

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** Aquesta intervenció consisteix en l'extirpació, sota anestèsia general, de la major part dels ganglis limfàtics del coll. Es realitza amb l'objectiu d'arribar a un diagnòstic definitiu i aconseguir la curació del procés en cas d'èxit.
- 2. Com es realitza?:** Aquest procediment es realitza mitjançant una incisió en el coll a través de la qual s'extirpen la major part dels ganglis limfàtics del coll. Pot realitzar-se de manera unilateral (només un costat del coll) o bilateral (es buiden els dos costats del coll). Es practica, en general, com a part del tractament quirúrgic dels tumors malignes de l'àrea de cap i coll, i la seua finalitat és impedir que la malaltia s'estenga a altres parts del cos. Aquest tipus d'operacions pot portar aparellada, amb finalitats terapèutiques, l'extirpació de la vena jugular interna, el múscul esternocleidomastoïdal i la glàndula submaxil·lar i el nervi espinal.
- 3. Quins són els riscos?** Els riscos vitals són poc freqüents; encara que com en tot acte mèdic, i especialment per la necessitat d'utilitzar anestèsia general per a realitzar aquest procediment, podrien arribar a produir-se'n. Aquests riscos vitals 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 i els que resulten de l'extirpació d'estructures vasculars o nervioses anteriorment descrites. Com a conseqüència d'alguna d'aquestes complicacions, es pot prolongar l'estada hospitalària i ser necessari sotmetre la persona a reintervencions. Algunes d'aquestes complicacions pot ser molt greu i fins i tot comprometre la vida.

Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:

- Hemorràgia: que pot portar al xoc hipovolèmic. Aquesta hemorràgia pot necessitar una trasfusió sanguínia i revisar la ferida quirúrgica i fins i tot traqueotomia en cas d'hempressa sufocant.
- Infecció de la ferida quirúrgica, dehiscència de la sutura, la necrosi i destrucció dels teixits, així com l'aparició d'una fístula d'un líquid lletós procedent del conducte toràcic, que pot necessitar un tractament antibiòtic i revisió quirúrgica de la ferida en quiròfan.
- Complicacions cardiovasculars: trombosi venosa, embòlia pulmonar i parada cardiorespiratòria, etc.
- Alteracions encefàliques, per isquèmia cerebral, tals com ceguesa, hipoacúsia neurosensorial, vertigen, hemiplegia i fins i tot la mort.
- Complicacions derivades de l'estrés, com ara úlceres d'estómac.
- Hematomes o altres col·leccions líquides.
- Problemes de mobilitat en múscle, llengua, llavis i diafragma i endormiscament de la part inferior de la cara i de l'orella i de la zona operada, així com dolor en aquesta.
- Cicatriu i alteració estètica en la zona de l'operació.
- Inflor facial, que pot ser prolongat i s'agreujaria amb la RT posterior.

Les complicacions poden augmentar per la patologia concomitant de la persona, prèvia a la intervenció.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Les conseqüències previsibles de realització són.....
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** En cas de tumors malignes de cap i coll, l'evolució sense tractament és sempre cap a la destrucció local i la defunció de la persona en un termini indeterminat. Es poden presentar complicacions durant l'evolució que depenen de la localització tumoral.
- 6. Alternatives:** Són alternatives d'efectivitat variable la radioteràpia i la quimioteràpia.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, 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	PROVÍNCIA / 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*

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.*