



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

Quan es detecten ganglis (adenopaties) en el coll i clínicament se sospita que poden ser patològics, solen ser necessàries diferents exploracions, estudis d'imatge, punció, etc. Malgrat això, pot ser que no es conega la causa precisa del seu augment de grandària. Quan això ocorre, s'indica la realització d'una cervicotomia-adenectomia. Els beneficis són la possibilitat d'aconseguir un diagnòstic definitiu i una curació del procés, en cas d'èxit de la intervenció.

2. Com es realitza?:

Aquesta intervenció, segons el cas, es pot realitzar sota anestèsia local o general i consisteix a extirpar un o més ganglis a través d'una incisió en el coll. Una vegada realitzada la cirurgia, els ganglis extrets s'analitzen per a poder tindre un diagnòstic de certesa de la malaltia i establir el tractament més adequat en cada cas. En alguns casos, l'estudi-anàlisi dels ganglis pot realitzar-se en el mateix moment de la intervenció. En aquestes situacions, depenent del resultat, es podrà continuar en el mateix acte operatori amb una cirurgia més àmplia, sense necessitat de demorar-lo per a una altra intervenció.

3. Quins són els riscos?

Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:

- Complicacions inherents a l'acte quirúrgic: hemorràgia aguda, que pot requerir transfusió.
- Complicacions cardiovasculars: embolia pulmonar, trombosis venoses...
- Infecció de la ferida, que requerirà tractament amb antibiòtics.
- Complicacions derivades de l'estrés, com ara úlceres d'estómac, hematomes o unes altres col·leccions líquides en el llit operatori.
- Conseqüències clíniques per lesió dels nervis cervicals.
- Es pot produir un edema-inflamació de la laringe o bé per compressió d'aquesta i produir dificultats respiratòries que puguen requerir la realització d'una traqueotomia.

Com a conseqüència d'alguna d'aquestes complicacions, es prolongarà l'estada operatoria i pot ser necessari sotmetre la persona a reintervencions. Algunes d'aquestes complicacions pot ser molt greu i fins i tot comprometre la vida de la persona. Els efectes secundaris:

- Problemes en els moviments del múscle, llengua o llavi inferior.
- Cicatriu i alteració estètica en l'àrea operatoria.
- Endormiscament i dolor en la zona de la ferida operatoria.

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

4. Conseqüències previsibles de la realització:

Les conseqüències previsibles de la realització són

5. Conseqüències previsibles de la no-realització:

Com que no es pot diagnosticar la malaltia adequadament, no es pot predir l'evolució.

6. Alternatives:

Existeixen diversos procediments que poden ajudar-nos en el diagnòstic de la naturalesa d'un gangli, com es descriu anteriorment, però quan aquestes no són conclouents si no es realitza aquesta intervenció pot quedar la malaltia sense diagnosticar, per això no es podria establir cap tractament.

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	PROVINCIA / PROVINCIA	TELEFON / 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.*