



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** és una intervenció per a la descompressió del nervi mitjà a nivell de la cara anterior de la monyica (és el que es denomina síndrome del túnel carpià). L'objectiu de la intervenció és la desaparició o disminució de la simptomatologia i evitar la progressió de la malaltia.

**2. Com es realitza?:** la intervenció consisteix en la divisió del lligament anul·lar del carp per a aconseguir la descompressió dels elements que discorren dins del túnel del carp, associant o no una plàstia d'aquest en el moment del tancament.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10 %):** cicatrius doloroses, infeccions de la ferida, normalment superficials, hematomes, dehiscències de sutures i reparació de la simptomatologia per recidiva de la compressió nerviosa (es reintervé un 3%).
- **Infreqüents (menys del 10 %):** cicatrius hipertròfiques, lesions de les branques motores del nervi mitjà, lesió de la branca sensitiva del nervi mitjà, lesió del paquet cubital, lesió vascular de l'arc palmar superficial, cordes d'arc amb subluxació nerviosa o tendinosa, distròfia simpaticoreflexa i alteracions cutànies, nervioses o vasculars per lesió produïda pel maneguet d'isquèmia. Si es realitza anestèsia troncular, pot provocar neuritis de llarga evolució per injecció intraneural i xoc anafilàctic.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** millora o desaparició de les disestèsies i parestèsies, així com recuperació de l'amiotròfia muscular, dependent del grau de lesió nerviosa i cronicitat de la simptomatologia. (cicatriu quirúrgica i pèrdua de força flexora de la monyica, que és recuperable.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** persistència i progressió dels símptomes dependents de la compressió del nervi mitjà: disestèsies i parestèsies del territori sensitiu i amiotròfia progressiva de les masses musculars de l'eminència tenar.

**6. Alternatives:** existeix la possibilitat d'un tractament conservador, amb l'aplicació d'infiltracions, encara que no sembla recomanable un nombre major de dos, i sol reproduir-se la simptomatologia posteriorment.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** toda intervenció quirúrgica, tant per la tècnica operatòria com per la situació vital de cada pacient (diabetis, cardiopatia, hipertensió, edat avançada, anèmia, obesitat...) porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics, així com un mínim percentatge de mortalitat.

**Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

# TRAUMATOLOGIA

## CIRURGIA DE LA SÍNDROME DEL TUNEL CARPIÀ

### DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

#### DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

#### DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

#### DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment
  No autoritze la realització d'aquest procediment

\_\_\_\_\_ , d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

### RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

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 he prestat i signat en l'apartat anterior.

\_\_\_\_\_ , d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

### UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE:  NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_