

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

Aquesta intervenció consisteix a extirpar una part de la laringe que es troba envaïda per una lesió maligna. Aquest procediment busca aconseguir la curació de la malaltia.

2. Com es realitza?:

La intervenció es realitza a través d'una incisió en la pell del coll. A més de l'extirpació de la lesió, és necessari realitzar una traqueotomia i col·locar una sonda d'alimentació perquè la persona pugui respirar i alimentar-se durant el postoperatori.

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 tant intraoperatoris 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.

Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:

- Hemorràgia aguda, que pot requerir trasfusió.
- Infecció de la ferida quirúrgica, que pot requerir tractament antibiòtic.
- Complicacions cardiovasculars: trombosis venoses, embòlia pulmonar, etc.
- Complicacions derivades de l'estrès, com ara úlceres d'estómac.
- Hematomes o altres col·leccions líquides.
- Emfisema subcutani (acumulació d'aire temporal davall de la pell).
- Problemes respiratoris per obstrucció de la cànula de traqueotomia.
- Trastorns de la deglució, que poden provocar pneumònies per aspiració i retards en la retirada de la sonda d'alimentació.
- Estenosis laríngies, que poden impossibilitar el tancament de l'orifici de traqueotomia.

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 poden ser molt greus i fins i tot comprometre la vida.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

Les conseqüències previsibles de la 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 malalta en un termini indeterminat. Es poden presentar complicacions durant l'evolució, que dependran de la localització tumoral.

6. Alternatives:

Excepte per a un tipus molt concret de lesió, que pot ser tractada amb radioteràpia, per a la resta, l'extirpació quirúrgica és l'únic tractament que pot ser curatiu.

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, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO 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.*