

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

Esta intervención consiste en extirpar una parte de la laringe que se encuentra invadida por una lesión maligna. Este procedimiento busca conseguir la curación de la enfermedad.

2. ¿Cómo se realiza?:

La intervención se realiza a través de una incisión en la piel del cuello. Además de la extirpación de la lesión, es necesario realizar una traqueotomía y colocar una sonda de alimentación, para que la persona pueda respirar y alimentarse durante el post-operatorio.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra- como post-operatorios, 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.

Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Hemorragia aguda, que puede requerir de transfusión.
- Infección de la herida quirúrgica, que puede precisar de tratamiento antibiótico.
- Complicaciones cardiovasculares: trombosis venosas, embolia pulmonar, etc.
- Complicaciones derivadas del estrés, como úlceras de estómago.
- Hematomas u otras colecciones líquidas.
- Enfisema subcutáneo (Acumulo de aire temporal debajo de la piel).
- Problemas respiratorios por obstrucción de la cánula de traqueotomía.
- Trastornos de la deglución, que pueden provocar neumonías por aspiración y retrasos en la retirada de la sonda de alimentación.
- Estenosis laríngeas, que pueden imposibilitar el cierre del orificio de traqueotomía.

Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, se puede prolongar la estancia hospitalaria y ser necesario someter a la persona a reintervenciones. Algunas de estas complicaciones pueden ser muy graves e incluso comprometer la vida.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Las consecuencias previsibles de su realización son

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

En caso de tumores malignos de cabeza y cuello, la evolución sin tratamiento es siempre hacia la destrucción local y el fallecimiento de la persona enferma en un plazo indeterminado. Se pueden presentar complicaciones durante su evolución, que dependerán de la localización tumoral.

6. Alternativas:

Salvo para un tipo muy concreto de lesión que puede ser tratada con radioterapia, para el resto, la extirpación quirúrgica es el único tratamiento que puede ser curativo.

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
CORDECTOMÍA, HEMILARINGUECTOMÍA**

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO 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.*

, 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.*