

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: és una tècnica quirúrgica per al tractament de l'hèrnia discal i/o espolons ossis, rebels al tractament conservador medicoortopèdic.

- **Discectomia:** és la resecció del disc intervertebral i alliberament d'estructures nervioses. Indicació bàsica: dolor lumbar o ciàtic causat per malaltia discal.
- **Laminectomia:** és la resecció de l'arc posterior (elements ossis posteriors) vertebrals. Indicació bàsica: lumbàlgia o ciàtica claudicant amb la marxa.

2. Com es realitza?: sota anestèsia general, es practica una xicoteta obertura en la zona posterior de la vèrtebra (laminectomia) per a accedir a l'hèrnia discal i realitzar l'extirpació del material discal (discectomia), per a alliberar la compressió de les estructures neurològiques. Possibilitat d'utilització de material biològic autòleg o heteròleg, incloent-hi derivats hemàtics, en l'intraoperatori o postoperatori. Pot variar la tècnica quirúrgica en funció de les circumstàncies sobrevingudes.

3. Quins són els riscos?: totes les possibles complicacions descrites a continuació poden requerir un altre acte quirúrgic que afegisca nous riscos a l'inicial.

- **Freqüents (més del 10 %):** dolor i hematoma en la zona que tendeix a millorar amb el temps i el tractament. Derivats de la posició quirúrgica en decúbit pron (boca avall): compressió de nervis perifèrics en l'axil·la, colze i cuixa (temporal). Radiculopatia cervical posicional (temporal). Generals: fibrosi epidural. Infecció superficial o profunda de la ferida quirúrgica.
- **Infreqüents (menys del 10 %) intraoperatories i/o postoperatories:**
Durotomia (lesió de la duramàter, poden provocar fugida d'LCR i a vegades fístules).
Lesions radiculars com a arrel apallissada, arrancament o secció. Lesions vasculars de les artèries i venes veïnes i lesions abdominals com a peritonitis (molt greus).
Lesió ocular per oclusió de l'artèria retiniana. Trombosi venosa profunda i embolisme pulmonar. Meningitis, discitis, osteomielitis, abscess epidural, aracnoïditis. Hematoma epidural compressiu o lesió de cua de cavall. Hèrnia discal recidivant. Fibrosi periradicular. Inestabilitat. Alteracions motores o sensibles (dolor neuropàtic persistent o pèrdua de sensibilitat i disfuncions sexuals). Lesions de discos veïns per sobrecàrrega mecànica.

4. Conseqüències previsible de la realització: eliminar o millorar el dolor i evitar lesions neurològiques progressives amb la consegüent millora de la qualitat de vida. Quan els nervis han estat comprimits de manera crònica o aguda, pot ser que no es recuperen per complet o ho facen molt lentament.

5. Conseqüències previsible de la no realització: increment del dolor, limitació de la mobilitat i la progressió de possibles lesions neurològiques associades.

6. Alternatives: davant la presència de factors individuals (obesitat, insuficiència muscular, treballs de força, esportista...), que exigisquen sobrecàrrega lumbar, existeix l'opció d'associar la fixació vertebral (artrodesis) amb o sense implant.

7. Riscos en funció de la seua situació: la presència de malalties, al·lèrgies o alteracions hemodinàmiques associades, condicionen la gravetat de possibles complicacions i la seua freqüència.

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

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: _____