

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

### **1. Què és?:**

És un procediment que es realitza habitualment per a l'extirpació dels pòlips nasals o com a tractament de la sinusitis. En el cas de poliposi nasal, el benefici és un millor control de la malaltia, amb resolució de l'obstrucció. En la resta dels casos on és realitzada reeixidament, amb la intervenció es tendeix a la curació definitiva.

### **2. Com es realitza?:**

Aquesta intervenció consisteix en el buidatge de les cel·les etmoidals per a comunicar-les àmpliament amb la fossa nasal. Es pot associar a una obertura del si maxil·lar cap a la fossa nasal també del si esfenoidal. Pot ser unilateral o bilateral. Es practica amb l'ajuda d'un microscopi o d'un endoscopi a través dels orificis nasals.

### **3. Quins són els riscos?**

Els riscos vitals són poc freqüents, encara que, com en tot acte mèdic i tenint en compte la necessitat d'anestèsia general en tots els casos, poden produir-se'n. Aquests riscos vitals 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:

- Complicacions inherents a l'acte anestèsic: inflor de l'ull.
- Hematoma o abscess ocular, que pot requerir una nova intervenció.
- Pèrdua de visió: pot ser temporal, i molt rarament, persistent.
- Complicacions intracranials: poden aparèixer molt estranyament meningitis o abscessos cerebrals.
- Dolor: els primers dies després de la cirurgia.
- Fístula de líquid cefalorraquidi.
- Hemorràgia que pot requerir transfusió sanguínia.
- Sequedat nasal.
- Pèrdua d'olfacte: anòsmia
- La ja esmentada pèrdua de visió: epífora o llagimeig.

Després de la intervenció, pot portar tapat el nas fins a diversos dies. Durant unes setmanes, pot tindre abundants crostes, per la qual cosa haurà de fer-se llavats nasals.

### **4. Conseqüències previsibles de la realització:**

Les conseqüències previsibles de la realització són .....

### **5. Conseqüències previsibles de la no-realització:**

Continuar amb els símptomes que ara pateix. Els riscos de la no-intervenció inclouen complicacions oculars i complicacions endocranials.

### **6. Alternatives:**

Si decideix no operar-se, haurà de continuar un seguiment amb tractament mèdic i controls radiològics per a valorar l'evolució.

### **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, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELEFONO	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.*