

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

Es un procedimiento que se realiza habitualmente para la extirpación de los pólipos nasales o como tratamiento de la sinusitis. En el caso de poliposis nasal, el beneficio es un mejor control de la enfermedad, con resolución de la obstrucción. En el resto de los casos donde es realizada exitosamente, con la intervención se tiende a la curación definitiva.

2. ¿Cómo se realiza?:

Esta intervención consiste en el vaciado de las celdas etmoidales, comunicándolas ampliamente con la fosa nasal. Se puede asociar a una apertura del seno maxilar hacia la fosa nasal también del seno esfenoidal. Puede ser unilateral o bilateral. Se practica con la ayuda de un microscopio o de un endoscopio a través de los orificios nasales.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Los riesgos vitales son poco frecuentes aunque, como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general en todos los casos, pueden producirse. Estos riesgos vitales 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:

- Complicaciones inherentes al acto anestésico: hinchazón del ojo.
- Hematoma o absceso ocular, que puede requerir una nueva intervención.
- Pérdida de visión: puede ser temporal, y muy raramente, persistente.
- Complicaciones intracraneales: pueden aparecer muy extrañamente meningitis o abscesos cerebrales.
- Dolor: los primeros días tras la cirugía.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Hemorragia que puede requerir transfusión sanguínea.
- Sequedad nasal.
- Pérdida de olfato: anosmia
- La ya mencionada pérdida de visión: epifora o lagrimeo.

Después de la intervención, puede llevar taponada la nariz hasta varios días. Durante unas semanas puede tener abundantes costras, por lo que tendrá que hacerse lavados nasales.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Las consecuencias previsibles de su realización son

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Continuar con los síntomas que ahora padece. Los riesgos de la no intervención incluyen complicaciones oculares y complicaciones endocraneales.

6. Alternativas:

Si decide no operarse, deberá continuar un seguimiento con tratamiento médico y controles radiológicos para valorar la evolución.

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
ETMOIDECTOMÍA Y ANTOSTOMÍA**

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, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / 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, d de 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, d de 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, d de 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.