



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** Els quistos i fístules cervicals del conducte tiroglòs són residus del desenvolupament embriològic de la glàndula tiroides que, en la seua evolució, poden donar lloc a inflamacions i infeccions de repetició de la formació quística i/o a fístules en la pell del coll. En el seu creixement poden a més comprimir estructures veïnes de la zona mitjana del sòl del coll, com ara vasos sanguinis o nervis, vies aèria i digestiva. La seua malignització (transformació cancerosa), encara que estranya, és possible. L'objectiu d'aquest procediment, en cas d'èxit, és el diagnòstic definitiu i la curació del procés, i evitar complicacions secundàries.
- Com es realitza?:** Habitualment, aquest tipus d'intervenció es practica sota anestèsia general. S'inicia mitjançant una incisió en la pell on es troba localitzat el quist o la fístula. Es dissequen els teixits del coll fins a aïllar i poder extirpar la lesió. Quan es tracta d'un quist de conducte tiroglòs (una forma de quist situada en la línia mitjana per davall del mentó), una vegada localitzat i aïllat, sovint s'ha d'incloure en l'extirpació una part de l'os hioide al qual està adherit. A a vegades és necessari arribar fins a la base de la llengua.
- Quins són els riscos?** Els riscos vitals són poc freqüents, encara que, com en tot acte mèdic amb necessitat d'anestèsia general, 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 de la persona.

Les complicacions operatòries inclouen:

- Hemorràgia aguda, que pot requerir transfusió.
- Complicacions cardiorcirculatories.
- Lesió d'algun nervi concomitant.

Com a complicacions postoperatòries destaquem:

- Infecció de la ferida: pot requerir tractament antibiòtic i retardar l'alta hospitalària.
- Hemorràgia aguda.
- Recidiva de la malaltia primerenca o tardana.
- Afectació nerviosa: problemes de mobilització del múscle, ronquera, alteració de la mobilitat de la llengua.
- Encara que és poc probable, pot ser necessària una traqueotomia (obertura de la tràquea a la pell del coll).

Com a conseqüència d'alguna d'aquestes complicacions, pot ser necessari sotmetre la persona a reintervencions. Les reintervencions augmenten els riscos descrits. Algunes d'aquestes complicacions poden ser molt greus i inclús ocasionar la mort.

Els efectes secundaris:

Cicatriu i alteració estètica. Asimetria cicatricial antiestètica. Endormiscament de la zona de la ferida operatòria.

- Conseqüències previsibles de la realització:** Les conseqüències previsibles de la realització són la curació del procés. A vegades és necessària una reintervenció.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** Ens trobem davant un procés infamatori quístic amb tendència a la infamació i infecció crònica. L'evolució sol implicar successius processos de reagudització, amb dolor i complicacions infeccioses. El creixement excessiu del quist pot comprometre estructures veïnes i funcions vitals com la respiració. Persistència de la lesió amb infeccions de repetició que poden generar quadres infecciosos greus, tant del coll com en el mediastí (tòrax). Fenòmens de comprensió d'estructures veïnes, amb trastorns de la deglució i de la respiració. La malignització de les lesions és estranya, però possible.
- Alternatives:** No hi ha alternatives curatives. Si escau, tractar les infeccions cada vegada que ocorreguen i les complicacions. En cas d'infeccions o inflamacions cròniques, l'alternativa és el tractament mèdic dels episodis de reagudització i el seguiment són controls mèdics i radiològics.
- Riscos en funció de la seua situació:** Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, 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	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.*

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
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.*

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
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.*