



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** Consisteix en l'extirpació de la laringe com a tractament de les tumoracions malignes que es localitzen en aquesta. Comprén la resecció de la laringe, dels músculs anteriors del coll i, a vegades, de part o totes les estructures adjacents (tràquea, base de llengua, tiroides, faringe, etc.) que puguen estar afectades per la lesió maligna. Pot acompanyar-se de buidaments ganglionars cervicals (extirpació dels ganglis del coll). L'objectiu d'aquest procediment és aconseguir la curació de la malaltia.
- 2. Com es realitza?:** L'operació es realitza sota anestèsia general. La cirurgia es realitza per via externa a través de la pell del coll. Una vegada extirpada la laringe que conté la lesió, és necessari realitzar una traqueotomia permanent. A més, es col·loca una sonda per a alimentació temporal de la persona i drenatges en la zona del coll, que es retiren en 24-48 h.
- 3. Quins són els riscos?** Els riscos vitals són poc freqüents, encara que com en tot acte mèdic, i especialment per la necessitat d'utilitzar anestèsia general per a realitzar aquest procediment, podrien arribar a 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:

- Hemorràgia aguda, que pot requerir una trasfusió.
- Infecció de la ferida quirúrgica, que pot precisar de tractament antibiòtic.
- Complicacions cardiovasculars: trombosis venoses, embòlia pulmonar etc.
- Complicacions derivades de l'estrés, com ara úlceres d'estómac.
- Hematomes o altres col·leccions líquides.
- Fístules faringocutànies. Aquestes fístules poden ser persistent en el temps. Caldrà realitzar una gastrostomia per a poder alimentar la persona.

Com a conseqüència d'alguna d'aquestes complicacions, es pot prolongar l'estada hospitalària i ser necessari sotmetre la persona a reintervencions. Alguna d'aquestes complicacions pot ser molt greu i fins i tot comprometre la vida. Com en totes malalties tumorals, pot produir-se una recidiva (reaparició) de la malaltia.

Els efectes secundaris d'aquesta intervenció són:

- Traqueostoma permanent.
- Pèrdua de veu laríngia.
- Alteracions de l'olfacte i del gust.
- Cicatriu i deformitat estètica del coll.
- Obstrucció de la via respiratòria per taps de moc.

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

**5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** En cas de tumors malignes de cap i coll, l'evolució sense tractament és sempre cap a la destrucció local i la defunció de la persona en un termini indeterminat. Pot presentar complicacions durant l'evolució, que depenen de la localització tumoral.

**6. Alternatives:** La laringuectomia total és la modalitat de tractament preferida per la seua major eficàcia. Altres alternatives, com la radioteràpia i la quimioteràpia, posseeixen menys possibilitats d'èxit. No obstant això, en l'actualitat, les tres formes de tractament poden combinar-se de manera adequada.

#### **7. 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 / 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.*

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.*