



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

És una prova diagnòstica i de tractament que permet una visualització directa de la laringe i estructures annexes i la presa de biòpsies o tractament directe, si és necessari.

2. Com es realitza?:

Aquest procediment consisteix en la introducció d'un tub metàl·lic en la laringe sota control microscòpic. A vegades, l'exploració s'acompanya de l'extracció de lesions o mostres per a biòpsia. L'operació es realitza sota anestèsia general. En la majoria dels casos i en condicions normals, la intervenció es realitza amb una recuperació d'unes hores a l'hospital (cirurgia sense ingrés). Després de la intervenció, es recomana repòs i no forçar la veu.

3. Quins són els riscos?

Els riscos vitals són poc freqüents, encara que com en tot acte mèdic que necessita anestèsia, poden produir-se. 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 més habituals són:

- Alteracions en la veu.
- Per certes dificultats anatòmiques, es poden produir trencaments o moviment de peces dentals i fins i tot la no-possibilitat de realització de l'exploració.
- Pot aparéixer dolor cervical o en la zona del clatell, així com lleugeres molèsties en engolir o en la zona de la llengua que desapareixen en pocs dies.
- Pèrdua d'alguna peça dentària.
- Hemorràgies.
- Excepcionalment, per compromís de la via respiratòria, després de la intervenció pot caldre fer una traqueotomia.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

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

5. Conseqüències previsibles de la no-realització:

Problemes de diagnòstic i persistència de la patologia laríngia.

6. Alternatives:

Altres alternatives posseeixen menys possibilitats d'èxit. En casos que existisca una limitació important per a l'extensió cervical o una contraindicació mèdica a la realització de la tècnica, pot prendre's una biòpsia o realitzar l'exèresi de les lesions de la laringe mitjançant un fibroendoscopi flexible pel nas. El seu metge o la seua metgessa l'informarà sobre el millor procediment a realitzar.

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, NUMERO 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.*

, 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.*