

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

La miringoplàstia és una intervenció quirúrgica que consisteix en el tancament d'una perforació timpànica mitjançant la utilització d'un empelt. L'objectiu d'aquest procediment és el tancament d'aquesta perforació i l'eliminació de la supuració.

2. Com es realitza?:

S'accedeix a l'orella mitjana habitualment des del conducte auditiu extern i altres vegades a través d'una incisió darrere del pavelló auditiu. L'empelt més usat és el del recobriment extern del múscul temporal (fàscia) o del cartílag tràgal (pericondri).

S'indica aquest tipus de cirurgia en perforacions timpàniques i otitis mitjanes cròniques simples sense supuració actual ni en els últims mesos.

3. Quins són els riscos?

Els riscos vitals són molt estranys, encara que, com en tota intervenció quirúrgica amb anestèsia, poden produir-se.

Altres riscos menys greus, però més freqüents són:

- Persistència de la perforació, que pot fins i tot augmentar de grandària. Això pot succeir tant a curt termini per fallada de l'empelt, com a llarg termini per noves infeccions.
- Disminució de l'audició.
- Sensació de tamponament
- Trastorns del gust.
- Acúfens (sorolls)
- Vertigen

Com a riscos greus, però excepcionals, podem considerar:

- Paràlisi transitòria o permanent del nervi facial.
- Meningitis.
- Abscés cerebral.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

Evitar infeccions repetides amb supuració associada, de manera que es redueixen els episodis de tractament

5. Conseqüències previsibles de la no-realització:

Persistència de la supuració intermitent amb possibilitat de pèrdua d'audició després d'infeccions repetides.

6. Alternatives:

Tractament mèdic de la supuració quan aparega.

Prevenció de l'entrada d'aigua en l'orella i dels quadres catarrals.

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 / 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 _____
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 _____
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.*