

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

La miringoplastia es una intervención quirúrgica que consiste en el cierre de una perforación timpánica mediante la utilización de un injerto. El objetivo de dicho procedimiento es el cierre de dicha perforación y la eliminación de la supuración.

2. ¿Cómo se realiza?:

Se accede al oído medio habitualmente desde el conducto auditivo externo y otras veces a través de una incisión detrás del pabellón auditivo. El injerto más usado es el del recubrimiento externo del músculo temporal (fascia) o del cartílago tragal (pericondrio).

Se indica este tipo de cirugía en perforaciones timpánicas y otitis medias crónicas simples sin supuración actual ni en los últimos meses.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Los riesgos vitales son muy raros, aunque, como en toda intervención quirúrgica con anestesia, pueden producirse.

Otros riesgos menos graves, pero más frecuentes son:

- Persistencia de la perforación, que puede incluso aumentar de tamaño. Esto puede suceder tanto a corto plazo por fallo del injerto, como a largo plazo por nuevas infecciones.
- Disminución de la audición.
- Sensación de taponamiento
- Trastornos del gusto.
- Acúfenos (ruidos)
- Vértigo

Como riesgos graves, pero excepcionales, podemos considerar:

- Parálisis transitoria o permanente del nervio facial.
- Meningitis.
- Absceso cerebral.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Evitar infecciones repetidas con supuración asociada, reduciendo los episodios de tratamiento

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la supuración intermitente con posibilidad de pérdida de audición tras infecciones repetidas.

6. Alternativas:

Tratamiento médico de la supuración cuando aparezca.

Prevención de la entrada de agua en el oído y de los cuadros catarrales.

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

MIRINGOPLASTIA

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 / NUM. 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 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 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.