



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **Què és?:** L'otitis mitjana secretòria és l'ocupació de l'oïda mitjana per una col·lecció seromucosa crònica que afavoreix les infeccions i disminueix l'audició en impedir una correcta transmissió del so.
2. **Com es realitza?:** En l'adult aquesta intervenció sol realitzar-se sota Anestèsia Local, mentre que en el xiquet sol ser necessària l'Anestèsia General.

La MIRINGOTOMIA AMB O SENSE COL·LOCACIÓ DE TUB DE VENTILACIÓ consisteix en la realització d'una incisió en la membrana timpànica, amb la finalitat d'evacuar el contingut líquid o mucós de l'oïda mitjana. Quan aquesta secreció és espessa, resulta convenient que el drenatge de l'oïda siga més durador, per la qual cosa es col·loquen uns tubs de ventilació transtimpànics. La decisió de col·locar o no tubs de ventilació sol prendre's durant el propi acte quirúrgic. Hi ha diferents tipus de tubs en funció de la seua forma i composició. Entre els més emprats estan els tubs en forma de diàbolo, de titani o silicona, i els que tenen forma de T, que tarden més a ser expulsats. És una de les intervencions més freqüents. S'ha provat que és un mètode segur i efectiu per a resoldre malalties recurrents de l'oïda mitjana en els xiquets.

3. **Quins són els riscos?** El dolor postoperatori pot ser raonablement controlat amb medicació. Les complicacions relacionades amb la miringotomia són menors i usualment apareixen en forma d'infecció, la qual pot ser tractada amb antibiòtics. El tub sol romandre implantat durant diversos mesos, encara que pot ser rebutjat abans o bé romandre en el lloc diversos anys. Tot el temps que el tub aquest en l'oïda, han d'assumir-se les cures per a evitar les infeccions de l'oïda mitjana.

Ocasionalment la membrana timpànica fracassa en la reconstrucció després que els tubs han sigut expulsats, i apareix una perforació que pot requerir reparació quirúrgica. En alguns casos, especialment en famílies amb història de malalties cròniques de l'oïda, els tubs de ventilació han de ser col·locats diverses vegades.

4. **Conseqüències previsibles de la realització:** La millora de l'audició, sol ser immediata a l'eliminació de la col·lecció mucosa de l'oïda. El fracàs en la millora de l'audició, indicaria l'existència d'un segon problema localitzat en l'oïda mitjana, o en l'oïda interna
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Disminució de l'audició. Alteracions de l'oïda mitjana que poden conduir a patiments crònics del mateix entre els quals destaquen, la formació de Colesteatomes, processos adhesius, etc.
6. **Alternatives:** Atés que la cirurgia es planteja davant el fracàs del tractament mèdic i les mesures higièniques, no existeix alternativa terapèutica.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** En alguns casos, especialment en famílies són història de malalties cròniques de l'oïda, els tubs de \*timpanostomia han de ser col·locats diverses vegades.

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*

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.*