



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. ¿Qué es?:**

*La rinotomía paralateronasal consiste en el acceso a lesiones de las fosas nasales y senos paranasales con el objetivo de conseguir un diagnóstico definitivo de la lesión y la curación del proceso, en caso de éxito de la intervención, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo y prolongación de la esperanza de vida.*

### **2. ¿Cómo se realiza?:**

*La intervención se realiza a través de una incisión que comienza en el ángulo interno del ojo y que contornea toda la nariz hasta terminar en el orificio nasal para tener acceso directo a fosas nasales y senos paranasales. Es la intervención más utilizada para la extirpación de tumores nasosinusales y está indicada en la mayor parte de los tumores nasosinusales benignos y en los tumores malignos de pequeño tamaño de los senos maxilares y etmoidales.*

### **3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

*Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos vitales tanto intra- como post-operatorios son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente.*

*Las complicaciones de esta cirugía incluyen:*

- *Hemorragia aguda, que puede requerir de transfusión y/o reintervención para su control.*
- *Rinorrea cerebroespinal y/o meningitis consecutivas a la existencia de una brecha meníngea.*
- *Epífora o lagrimeo constante por lesión del conducto o del saco lacrimal.*
- *Rinitis costrosa que implicaría la realización regular de limpiezas de la cavidad nasal.*
- *Osteoradionecrosis en caso de radioterapia postcirugía.*

### **4. Consecuencias previsibles de su realización:**

*Las consecuencias previsibles de su realización.....*

### **5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

*En el caso de tumores benignos, sin tratamiento, siguen creciendo e invadiendo estructuras vecinas y dificultando su tratamiento más adelante y provocando en algunos casos patología por compresión de estructuras vecinas. En caso de tumores malignos de cabeza y cuello, la evolución sin tratamiento es siempre hacia la destrucción local y el fallecimiento del paciente en plazo indeterminado, pudiendo presentar complicaciones durante su evolución que dependen de la localización tumoral.*

### **6. Alternativas:**

*Las alternativas a la cirugía son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía en la mayoría de los casos.*

### **7. Riesgos en función de la situación del paciente:**

*Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....*

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO 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* , 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.*

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.*

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.*