

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** La submaxilectomia consisteix en l'extirpació de la glàndula submaxil·lar, que s'encarrega de la producció de saliva. L'objectiu és oferir un diagnòstic definitiu i la curació del procés, en cas d'èxit d'intervenció.
- 2. Com es realitza?:** Aquesta intervenció consisteix en l'extirpació de la glàndula submaxil·lar, que s'encarrega de la producció de saliva i es troba en la part superior del coll, per davall de la mandíbula. Habitualment, aquest tipus d'intervenció es practica sota anestèsia general i per via externa (incisió en el coll). Està indicat realitzar una submaxilectomia davant de tumors de la glàndula, davant d'inflamacions (submaxilitis) cròniques d'aquesta i quan es formen càlculs. Davant d'un tumor maligne, pot ser necessari extirpar, juntament amb la glàndula, estructures veïnes com ara pell, músculs, mandíbula, nervis o els ganglis de la zona (buidament ganglionar cervical) i també pot ser necessari afegir algun tractament complementari després de la cirurgia, com ara radioteràpia o quimioteràpia.
- 3. Quins són els riscos?** Els riscos vitals són poc freqüents, encara que, com en tot acte mèdic, i especialment per la necessitat d'utilitzar anestèsia general per a realitzar aquest procediment, podrien arribar a produir-se'n. Aquests riscos vitals, tant intraoperatoris com postoperatoris, 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 d'aquesta cirurgia inclouen la lesió d'estructures que es troben al costat de la glàndula:

- Hemorràgia aguda, que pot requerir una trasfusió sanguínia.
- Lesió reversible o irreversible dels nervis facial, hipoglòs i lingual (amb paràlisi en la comissura dels llavis, desviació de la boca, amb la conseqüent paràlisi de la meitat de la llengua o amb alteracions del gust o sensibilitat de la llengua).
- Infecció de la ferida.

Com a conseqüència d'algunes d'aquestes complicacions, pot ser necessari sotmetre la persona a reintervencions. Algunes d'aquestes complicacions pot ser molt greu i pot comprometre fins i tot la vida de la persona. Efectes secundaris després de la submaxilectomia:

- Cicatriu (si és via externa) i alteració estètica amb enfonsament de la zona on es trobava la glàndula.
- Endormiscament i dolor de la zona operada.
- Paràlisi facial i/o lingual si hi ha lesió del nervi facial.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

Les conseqüències previsibles de la realització són

- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** En cas de tumors malignes, l'evolució sense tractament és sempre cap a la destrucció local i defunció en un termini indeterminat. Es poden presentar complicacions durant l'evolució, que dependran de la localització tumoral. Si ens trobem davant d'un procés inflamatori o infeccions cròniques, l'evolució sol implicar successius processos de reagudització, amb dolor i complicacions infeccioses. Si es tracta d'un tumor benigne, el fet de no tractar-lo permet que continue creixent, amb les conseqüents alteracions estètiques facials i funcionals (alteració de la masticació, deglució...) per falta d'espai.
- 6. Alternatives:** En cas d'infeccions o inflamacions cròniques, l'alternativa és el tractament mèdic dels episodis de reagudització. En el cas d'alguns tipus de tumor, pot existir alternativa amb quimioteràpia i/o radioteràpia, amb diferents probabilitats d'èxit.
- 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*

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 potestad 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.*