



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** La timpanoplàstia és una intervenció que es realitza per a tractar l'origen i/o les seqüeles d'una otitis mitjana crònica que traspua material supuratiu. L'objectiu de la intervenció és doble: netejar la lesió que provoca la supuració i millorar, en la mesura del possible, l'audició.
- 2. Com es realitza?:** El procediment consisteix en la neteja de les cavitats de l'orella i la reconstrucció, si és possible, de la membrana timpànica i els ossets de l'orella mitjana. Sol ser necessari actuar sobre les cavitats airejades de l'orella i mastoide (zona òssia situada darrere de l'orella). En aquestes zones de l'orella és on pot aparèixer teixit epitelial de caràcter invasiu i donar lloc a la lesió denominada colesteatoma. Per a accedir a l'orella afectada, la intervenció es realitza generalment sota anestèsia general, si bé en determinats casos pot utilitzar-se anestèsia local i una sedació més analgèsia. En alguns casos pot portar-se a través del conducte auditiu. En altres casos es pot realitzar a través de diferents incisions de la pell, habitualment per darrere del pavelló auricular. També sol ser necessària l'ampliació del conducte auditiu extern.

La planificació del tractament de la malaltia de l'orella pot aconsellar la realització de dues intervencions. Una primera per a netejar les lesions i reconstruir el timpà, i una altra, al cap d'un temps, per a reconstruir la cadena dels ossets i així millorar l'audició.

- 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. L'èxit de la reconstrucció i/o control de la supuració dependrà de la naturalesa i extensió de les lesions. I tot i que les possibilitats siguen altes, no sempre s'aconsegueix. En aquests casos, pot ser necessària una reintervenció. Els processos crònics i complicats amb lesions extenses presenten major risc terapèutic. Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:
  - Pèrdua d'audició respecte a l'existent abans de la intervenció. Molt estranya, si la reconstrucció es limita al timpà i excepcionalment que siga completa i irreversible.
  - Si existeixen sorolls (acúfens) o marejos, aquests poden persistir o fins i tot aparèixer després de la cirurgia.
  - És molt poc freqüent la pèrdua de mobilitat de la cara de l'orella intervinguda per afectació del nervi facial. Quan es produeix sol ser passatgera, encara que pot ser definitiva.
  - Ocasionalment es produeix alteració en el sentit del gust en el costat de la llengua de l'orella operada.
  - Altres complicacions inclouen: cicatrius amb alteració estètica del pavelló auditiu, hemorràgia, meningitis i altres complicacions endocranials que, encara que poden ocórrer, la seua incidència és remota.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** .....
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** la progressió és irregular depenent de l'existència o no de colesteatoma:
  - Sense colesteatoma: sordesa i supuracions de repetició per sobreinfecció de l'orella mitjana que, excepcionalment, poden donar lloc a complicacions.
  - Amb colesteatoma: l'evolució normal tendeix a complicacions intratemporals (laberintitis i paràlisi facial) i endocranials (meningitis, tromboflebitis de grans sinus durs i abscessos extradural, subdural o intraparenquimatós cerebral o cerebel·lós).
- 6. Alternatives:** Revisions periòdiques per l'especialista per a controlar la infecció. En absència d'infecció, col·locació de pròtesis auditives per a millorar l'audició. És recomanable la utilització de taps d'orella durant el bany per a evitar la contaminació de l'orella mitjana, la qual cosa pot ajudar a previndre la infecció i les complicacions.
- 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, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / 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	CATÈGORIA 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.*