

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

La tiroidectomia total o parcial (hemitiroidectomia) consisteix en l'extirpació de la glàndula tiroides o part d'aquesta. La paratiroidectomia consisteix en l'extirpació quirúrgica d'una o més glàndules paratiroides. L'objectiu d'aquest procediment és intentar aconseguir el diagnòstic definitiu i la curació del procés.

2. Com es realitza?:

Aquestes intervencions es realitzen a través d'una incisió en la pell del coll. A més de l'extirpació, total o parcial de les glàndules, després de la cirurgia es col·loquen uns tubs de drenatge en el coll per a donar eixida a restes hemàtiques i a traspuats els primers dies després de la cirurgia. Si és tiroidectomia total, serà necessària medicació substitutiva per a conservar la funció que realitzava la glàndula abans de l'operació. En el cas d'efectuar-se la tiroidectomia parcial, per l'existència d'un nòdul la naturalesa del qual no s'ha demostrat maligna en els estudis preoperatoris, hi ha la possibilitat que, després de l'estudi de la peça, siga necessari practicar una tiroidectomia total, i per a això caldrà una nova intervenció.

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 són els propis de qualsevol cirurgia major i estan íntimament relacionats amb l'edat, l'estat general i la patologia associada que tinga la persona. Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:

- Hemorràgia aguda, que pot requerir una trasfusió.
- Crisi tiro tòxica: per pas a la sang de forma brusca i en quantitats elevades de productes tiroïdals.
- Lesió del nervi recurrent (mou les cordes vocals) d'un costat o dels dos. Pot ocórrer per trajecte anòmal del nervi o per patologia de la glàndula. Pot lesionar-se accidentalment i que romanga paralytzat temporalment o permanentment. Si la lesió és de costat, apareixeran canvis en la veu. Si es lesionen els dos costats es presentarà dificultat respiratòria, que pot requerir una traqueotomia.
- Infecció de la ferida quirúrgica, que pot necessitar tractament antibiòtic.
- Hematomes dins del llit quirúrgic, que poden necessitar drenatge.
- Alteracions en els nivells de calci sanguini, que requeriran medicació substitutiva de manera temporal o de forma definitiva.
- Cicatriu i alteració estètica amb enfonsament de la zona on es trobava la glàndula.
- Endormiscament i dolor de la zona de la ferida operatòria.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

En cas de practicar tiroidectomia total i a vegades en la parcial, es produeix una situació d'hipotiroïdisme que obligarà a prendre tractament substitutiu hormonal per a tota la vida.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització:

En cas de tumors malignes, l'evolució sense tractament és imprevisible. Es produirà progressivament l'augment de grandària i deformitat, paràlisi de les cordes vocals i d'altres nervis (vague, espinal), disfàgia, dispnea i metastasi a distància. Si és un tumor benigne, no tractar-lo permet que continue creixent i que produïska alteracions estètiques cèrvicofacials i funcionals (alteració de la respiració, deglució...) per falta d'espai.

6. Alternatives:

En cas de cirurgia per a funcionament excessiu de la glàndula (hipertiroïdisme), existeix l'alternativa de tractament mèdic. En el cas de tumors, pot existir alternativa amb quimioteràpia i/o radioteràpia amb iode radioactiu, però amb menors 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	TELÉFON / 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.