



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?:

És una intervenció quirúrgica que té com a objectiu millorar certes alteracions produïdes durant el son, com són l'apnea del son i el ronquit. En cas d'èxit de la intervenció, es produirà una millora dels símptomes, encara que a vegades aquesta millora és només parcial.

2. Com es realitza?:

La uvulopalatofaringoplastia (UPFP) es realitza amb anestèsia general i consisteix en resecat parcialment el paladar bla i l'úvula. Sovint s'associa a una amigdalectomia i una xicoteta modificació de les parets laterals de la faringe. No queden cicatrius externes.

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 presente la persona.

Els riscos d'aquesta cirurgia inclouen:

- Mal de gola: els primers dies després de la cirurgia.
- Hemorràgia: que pot requerir una trasfusió sanguínia.
- Infecció de la ferida quirúrgica: que pot necessitar un tractament antibiòtic.
- Obstrucció nasal: generalment transitòria.
- Pot trencar-se o perdre's alguna peça dentària.
- Insuficiència del vel del paladar: veu gangosa o pas de begudes gasoses al nas.
- Obstrucció respiratòria: que pot requerir una traqueotomia.
- Persistència dels símptomes: a vegades es mantenen els ronquits o l'apnea del son i cal una reintervenció.
- Estenosi nasofaríngea: amb obstrucció i veu nasal.

4. Conseqüències previsibles de la realització:

Després de la intervenció, tindrà mal de gola durant 10 o 12 dies, haurà de seguir una dieta blana durant aquest temps i probablement necessita prendre analgèsics per a mitigar el dolor.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització:

En cas que patisca una apnea obstructiva del son no tractada ni amb cirurgia ni amb CPAP, té una expectativa de vida reduïda amb risc d'atac cardíac o cerebral.

6. Alternatives:

Les alternatives són aprimar-se, en el cas que tinga sobrepés o obesitat, i dormir amb un aparell que s'aplica en el nas, anomenat CPAP nasal.

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
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

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.