



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. ¿Qué es?:**

*Es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo mejorar ciertas alteraciones producidas durante el sueño, como son la apnea del sueño y el ronquido. En caso de éxito de la intervención se producirá una mejoría de los síntomas, aunque a veces esta mejoría es solo parcial.*

### **2. ¿Cómo se realiza?:**

*La uvulopalatofaringoplastia (UPFP) se realiza con anestesia general y consiste en reseca parcialmente el paladar blando y la úvula. A menudo se asocia a una amigdalectomía y una pequeña modificación de las paredes laterales de la faringe. No quedan cicatrices externas.*

### **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 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.*

*Los riesgos de esta cirugía incluyen:*

- *Dolor de garganta: Los primeros días tras la cirugía.*
- *Hemorragia: Que puede requerir de transfusión sanguínea.*
- *Infección de la herida quirúrgica: Que puede precisar de tratamiento antibiótico.*
- *Obstrucción nasal: Generalmente transitoria.*
- *Puede romperse o perderse alguna pieza dentaria.*
- *Insuficiencia del velo del paladar: Voz gangosa o paso de bebidas gaseosas a la nariz.*
- *Obstrucción respiratoria: Que puede requerir de traqueotomía.*
- *Persistencia de los síntomas: En ocasiones se mantienen los ronquidos o a apnea de sueño y es necesario una reintervención.*
- *Estenosis nasofaríngea: Con obstrucción y voz nasal.*

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

*Después de la intervención tendrá dolor de garganta durante 10 o 12 días, deberá seguir una dieta blanda durante ese tiempo y probablemente necesite tomar analgésicos para mitigar el dolor.*

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

*En el caso que padezca una apnea obstructiva del sueño no tratada ni con cirugía ni con CPAP, tiene una expectativa de vida reducida con riesgo de ataque cardíaco o cerebral.*

### **6. Alternativas:**

*Las alternativas son el adelgazamiento, en el caso de que tenga Vd. sobrepeso o sea obeso y el dormir con un aparato que se aplica en la nariz, llamado CPAP nasal.*

### **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
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO 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	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.*

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*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.*

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*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.*