

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA CERVICAL

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Las tumoraciones que afectan a la región cervical pueden ser benignas o malignas. Las benignas pueden crecer e invadir localmente, pero no dan metástasis en el resto del organismo, al contrario que las malignas.

La cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas. Según el tamaño de las mismas, el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras vecinas.

Para las tumoraciones malignas, existen tres tipos de tratamiento, a veces utilizados de forma combinada: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía de estas lesiones malignas consiste en extirpar la zona afectada con márgenes de seguridad, incluyendo de esta manera tejido sano. Además, en ocasiones de forma preventiva o curativa, se realiza la limpieza ganglionar del resto del cuello.

La región cervical es asiento de importantes estructuras musculares, vasculares y nerviosas, las cuales en ocasiones se encuentran en íntimo contacto con la tumoración que se pretende extirpar. La arteria carótida y la vena yugular, responsables de la nutrición y drenaje del área cráneo-facial recorren la misma. Los nervios vago, espinal, frénico, lingual, hipogloso y rama marginal del facial se localizan asimismo en diferentes zonas cervicales.

La cirugía cervical habitualmente precisa Anestesia general, con el riesgo inherente a la misma.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

El tratamiento de las tumoraciones cervicales, no está libre de complicaciones, tales como:

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otro medicamento.
- Hematomas y edemas postoperatorios.
- Hemorragia postoperatoria.
- Cicatrices externas, en ocasiones inestéticas.
- Hipoestesia o anestesia de la zona operada o de parte del cuello.
- Infecciones postoperatorias.
- Dificulta en la movilidad del hombro.
- Complicaciones neurológicas, respiratorias y/o cardiovasculares.
- Fallecimiento del paciente.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En este caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/DªDNI.

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a de de 20 ...

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/DªDNI.

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

FIRMAS

EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL RESPONSABLE

EL MEDICO

En Madrid, a de de 20 ...

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN

.....
.....

Nombre y firma del testigo.
.....

Nombre y firma del Médico responsable.
.....

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

11006 10/06/2015 10:59:30

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).