



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA DE LES GLÀNDULES SALIVALS

Per a satisfacció dels DRETS DEL PACIENT, com a instrument afavoridor del correcte ús dels Procediments Diagnòstics i Terapèutics, i en compliment de la Llei General de Sanitat en relació amb la Llei orgànica 1/1982.

Jo, D/Donya.
.....
com a pacient o (D/Donya com el seu representant),
.....en ple ús de les meves facultats, lliure i voluntàriament, DECLARO que he estat degudament INFORMAT/A, pel Dr.
....., i en conseqüència, AUTORITZO a..... perquè em sigui realitzat el procediment diagnòstic/terapèutic denominat
.....

Em dono per assabentat/a dels següents punts relatius a aquest procediment:
La cirurgia de les glàndules salivals va dirigida a tractar tumors benignes i malignes, litiasis (pedres) de les glàndules, processos infecciosos i traumatismes d'aquestes.
Les glàndules salivals es divideixen en majors (paròtide, submaxil·lar i sublingual), i menors distribuïdes en tota la cavitat oral. La cirurgia de la glàndula paròtide, està íntimament condicionada per la complexitat anatòmica d'aquesta regió de la cara i molt específicament per la seva relació amb el nervi facial que s'encarrega de donar moviment a la cara. La glàndula submaxil·lar es troba en el compartiment cervical sota la mandíbula, i està relacionada entre altres estructures amb la branca marginal o inferior del nervi facial, que mou el llavi i amb el nervi lingual (que dona sensibilitat a la llengua) i hipoglòs (mou la llengua). La glàndula sublingual està localitzada en la terra de la boca, i està relacionada, a més d'altres elements, amb el nervi lingual i el conducte excretor de la glàndula submaxil·lar.

En la majoria dels casos l'acte operatori precisa anestèsia general, amb el risc inherent associat a aquesta, que seran informats pel seu anestesista.
Depenent de la glàndula afectada, es poden presentar una sèrie de complicacions i seqüeles postoperatories, algunes d'elles habituals i/o inevitables, i les estadísticament més freqüents inclouen, entre altres:

- Efectes adversos dels anestèsics utilitzats o un altre medicament.
- Hematoma i edema postoperatori.
- Hemorràgia postoperatoria.
- Cicatrius externes, a vegades inestètiques.
- Enfonsament de major o menor grau de la zona operatoria.
- Falta de sensibilitat parcial o total, temporal o permanent de la zona operatoria.
- Infeccions.
- Falta de mobilitat parcial o total, temporal o permanent d'alguna o totes les branques del nervi facial.
- Paràlisi parcial o total del nervi facial.



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL-LOFACIAL I ORAL

- Falta de sensibilitat parcial o total, temporal o permanent del nervi lingual (falta de gust).
- Falta de mobilitat parcial o total, temporal o permanent del nervi hipoglòs (llengua).
- Fístules salivals.
- Sudoració de la cara en menjar.
- Disminució o falta de saliva.
- Trencament d'instruments.

Riscos específics en el meu cas i altres complicacions de mínima rellevància estadística

..... Rebuta l'anterior informació, considero que he comprès la naturalesa i propòsits del procediment

..... A més, en entrevista personal amb el Dr

..... he estat informat/a, en termes que he comprès, de l'abast d'aquest tractament. En l'entrevista

he tingut l'oportunitat de proposar i resoldre els meus possibles dubtes, i d'obtenir quanta informació complementària he cregut necessària. Per això, em considero en condicions de sospesar degudament tant els seus possibles riscos com la utilitat i beneficis que d'ell puc obtenir.

Estic satisfet/a amb la informació que se m'ha proporcionat i, per això, **DONO EL MEU CONSENTIMENT** perquè se'm practiqui

.....

.....

Aquest consentiment pot ser revocat per mi sense necessitat de cap justificació, en qualsevol moment abans de realitzar el procediment.

Observacions.....

.....

.....

I, per deixar-ne constància, signo el present original després de llegit, per duplicat, la còpia del qual se'm proporciona.

Enade.....de

Signatura del pacient
(o el seu representant legal en cas d'incapacitat) .
DNI

Signatura del metge
Núm. de col·legiat

En cas de negativa per part del pacient a signar el consentiment Signatura del testimoni (DNI)