



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA CIRURGIA DE L'APNEA OBSTRUCTIVA DEL SON

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./Dra., 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:

L'apnea obstructiva del son es produeix per un estrenyiment de la via aèria superior que pot arribar a col·lapsar-se. El dispositiu que exerceix pressió contínua positiva en les vies respiratòries (CPAP) és considerat el tractament d'elecció. No obstant això, existeixen opcions quirúrgiques que es poden plantejar per elecció del pacient o per intolerància al CPAP. En aquest document recollim les consideracions a tenir en compte en la cirurgia de: Uvulopalatofaringoplastia, resecció parcial de la base lingual, avançament genioglòs, suspensió del hioides, suspensió lingual. A vegades poden complementar-se diversos procediments.

Pot realitzar-se sota anestèsia local o general, amb el risc inherent a aquesta, que serà informat pel seu anestesiològ.

Malgrat els possibles beneficis de la cirurgia, no està exempta de complicacions, entre les quals podem incloure i no en forma exhaustiva les estadísticament més freqüents:

- Efectes adversos dels anestèsics utilitzats o altres medicaments.
- Hematoma i edema postoperatori.
- Hemorràgia intra o postoperatoria.
- Infecció postoperatoria.
- Dolor amb la deglució.
- Dehiscència dels punts de sutura.
- Falta de sensibilitat parcial o total, temporal o permanent del paladar tou.
- Hipoestèsia o anestèsia dels llavis, mentó, galta, nas, geniva, llengua, dents o paladar. Parcial o total, temporal o permanent.
- Mal en les arrels de les dents
- Alteracions del gust.
- Alteració de la mobilitat lingual
- Lesió dels conductes de Wharton de les glàndules salivessis
- Sinusitis, comunicació oronasal i/o orosinusal.
- Insuficiència velofaríngia. Alteracions en la parla.
- Disfàgia
- Insuficiència respiratòria. Necessitat d'una traqueostomia temporal.
- Incapacitat parcial o total dels objectius quirúrgics
- Recidiva (recaiguda) total o parcial.



- Cicatrius inestètiques
- Trencament d'instruments.

Poden ser necessaris una sèrie de tractaments postoperatoris, com ara: fisioteràpia, col·locació d'una fèrula entre les dents, reconstruccions dentàries, cirurgia addicional.

Per a la realització d'aquest tractament és imprescindible la meua col·laboració tant durant la intervenció com en el postoperatori, comprenent que qualsevol falta de seguiment de les mateixes podrà provocar resultats inferiors als esperats.

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

Rebuda 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.....



SOCIETAT CATALANO-BALEAR DE CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL I ORAL

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)