



CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA SIALOENDOSCOPIA

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:

La sialoendoscòpia o endoscòpia de glàndules salivals consisteix bàsicament en l'ús d'uns dilatadors flexibles, que amplien el conducte de drenatge de la glàndula, per a la posterior introducció d'una cambra que permet veure l'interior dels conductes salivessis. Es tracta d'un procediment fonamentalment diagnòstic, que permet a més de rentar l'interior de la glàndula amb sèrum, eliminar a vegades petits càlculs, dilatar possibles estrenyiments del conducte o injectar medicació. En altres casos constitueix un suport a les tècniques quirúrgiques convencionals.

En la majoria dels casos, el procediment precisa anestèsia local, podent-se realitzar sota anestèsia 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 postoperatori.
- Formació d'una rànula (inflor que apareix quan el drenatge d'una glàndula no funciona adequadament).
- Perforació del conducte o de la glàndula.
- Estenosi del conducte.
- Cicatrius en la mucosa oral.
- Hiposiàlia (disminució de la secreció de saliva).
- Hipoestèsia o anestèsia de la llengua. Parcial o total, temporal o permanent.
- Parèsia o paràlisi del nervi facial, transitòria o permanent.
- Impossibilitat d'aconseguir els objectius del procediment.
- Trencament d'instruments.



Existeix la possibilitat que durant la cirurgia calgui realitzar modificacions del procediment, per les troballes i/o complicacions intraoperatòries, per a proporcionar-me el tractament més adequat.

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.....

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)