

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SIALOENDOSCOPIA

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 en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
como paciente o (D/Doña como su representante),
.....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente
INFORMADO/A, por el Dr./Dra., y en consecuencia, AUTORIZO
a..... para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado
.....
.....

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La sialoendoscopia o endoscopia de glándulas salivales consiste básicamente en el empleo de unos dilatadores flexibles, que amplían el conducto de drenaje de la glándula, para la posterior introducción de una cámara que permite ver el interior de los conductos salivares. Se trata de un procedimiento fundamentalmente diagnóstico, que permite además de lavar el interior de la glándula con suero, eliminar en ocasiones pequeños cálculos, dilatar posibles estrechamientos del conducto o inyectar medicación. En otros casos constituye un apoyo a las técnicas quirúrgicas convencionales.

En la mayoría de los casos, el procedimiento precisa anestesia local, pudiéndose realizar bajo anestesia general con el riesgo inherente a la misma, que será informado por su anestesiólogo.

A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir y no en forma exhaustiva las estadísticamente más frecuentes:

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.
- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Infección postoperatoria.
- Dolor postoperatorio.
- Formación de una ránula (hinchazón que aparece cuando el drenaje de una glándula no funciona adecuadamente).
- Perforación del conducto o de la glándula.
- Estenosis del conducto.
- Cicatrices en la mucosa oral.
- Hiposialia (disminución de la secreción de saliva).
- Hipoestesia o anestesia de la lengua. Parcial o total, temporal o permanente.
- Paresia o parálisis del nervio facial, transitoria o permanente.
- Imposibilidad de alcanzar los objetivos del procedimiento.
- Rotura de instrumentos.

Existe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos y/o complicaciones intraoperatorias, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración tanto durante la intervención como en el postoperatorio, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística
.....



Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento
.....

Además, en entrevista personal con el Dr. / Dra.
he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique
.....
.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En a de de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del testigo (D.N.I.)