

SERVICIO:	
Unidad:	CIRUGÍA GENERAL
Habitación:	Cama:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me va a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me va a realizar sea dada a mi familiar / tutor / representante legal:

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI
-----------------------------	-----

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
-----------------------------	-----	-------	-------

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, a través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación parcial o total de la glándula tiroides según el tipo de afectación. En ocasiones, si está indicado, se realiza un análisis intraoperatorio de la pieza quirúrgica que puede modificar el diagnóstico, aconsejando ampliar la resección (extirpar todo el tiroides o extirpar los ganglios linfáticos vecinos). En caso de que no se extirpe toda la glándula, el análisis anatómopatológico posterior puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario. La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En algunas ocasiones se puede valorar controlar la enfermedad mediante la aplicación de medicación radioactiva y/o con tratamientos médicos, pero en mi caso particular, se ha considerado que, en la actualidad, la cirugía es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En la mayoría de los casos la extirpación de la glándula tiroides produce una disminución de sus hormonas necesitando tratamiento suplementario indefinido.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la intervención conlleva el riesgo de progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención en una fase más avanzada de la enfermedad o incluso de urgencias en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica.
2. Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento.
3. Alteraciones transitorias de la voz.
4. Alteraciones transitorias de la deglución.
5. Fiebrilis.
6. Dolor prolongado en la zona de la operación.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Hematomas importantes del cuello.
2. Alteraciones permanentes de la voz.
3. Alteraciones permanentes de las paratiroides.
4. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y rara vez precisan de la realización de una traqueostomía. Excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

CONTRAINDICACIONES

No existan contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

PACIENTE			
D/D ^a [Redacted]			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.			
NOMBRE / APELLIDOS		DNI	
[Redacted]		[Redacted]	
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y consecuencias.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	[Redacted]	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	

INFORMADO PARA LA CIRUGIA DE LA GLANDULA TIROIDES

CONSE

NGLIONAR O DE TUMORACIÓN

DATOS DE

Nombre y a

Nombre y a

....., n° historia:

SOLICITUD

Deseo ser i

Si ☐ No ☐

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende tomar una muestra o si es posible extirpar un ganglio linfático o la tumoración que me han descubierto. El procedimiento se realizará a través de una incisión generalmente sobre el ganglio linfático o la tumoración.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, que según los casos puede ser local o general, y de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y en raras ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende realizar un estudio anatomopatológico para intentar diagnosticar mi enfermedad facilitando el posible tratamiento.....

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que en la actualidad, éste no es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz.....

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación,

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas o infecciones importantes. Recidiva de la enfermedad.....

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

D./D^a:

con DNI:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (BIOPSIA-EXTIRPACIÓN GANGLIONAR O DE TUMORACIÓN) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Dr/a:

D./D^a:

Colegiado

Fecha:

D./D^a:

con DNI:

en calidad de a causa de doy mi
consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:

Revocación del consentimiento:

D./D^a:

con DNI:

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha: