

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente:, nº historia:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí** ☐ **No** ☐

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

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, a través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides (una o todas). En ciertas ocasiones, si está indicado y la extirpación es completa, se puede valorar realizar un autotrasplante glandular o criopreservación. En algunas circunstancias según la localización de las glándulas paratiroides, es necesario extirpar una parte de la glándula tiroides. En algunos casos, poco frecuentes, no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesario una segunda operación.

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.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende evitar los problemas que el excesivo crecimiento de una o varias glándulas paratiroides puedan representar para mi organismo, así como controlar los niveles hormonales y la posible afectación de otros órganos vecinos y a distancia.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Es posible que la alteración hormonal se pudiera controlar con tratamiento médico indefinido, pero no así el excesivo crecimiento de la glándula ni, en su caso, las posibles complicaciones sobre otros órganos vecinos o a distancia. En mi caso particular, se ha considerado que en la actualidad, éste 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. Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. Alteraciones transitorias de la voz. Alteraciones transitorias de la deglución. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas importantes del cuello. Alteraciones permanentes de la voz. Alteraciones permanentes de las paratiroides. 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 PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Mediante esta cirugía se le va a extirpar la/s glándula/s paratiroides y en algunos casos la cirugía- extirpación conlleva la necesidad de realizar un tratamiento médico.

DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

.....

Declaraciones y firmas:

D./D^a: con DNI:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES)** 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.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a:

D./D^a:

Colegiado nº

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