

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TEST DEL PROMONTORIO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El Test del Promontorio es una técnica que se usa para evaluar cómo funciona la cóclea, que es la parte del oído responsable de convertir los sonidos en señales que el cerebro puede entender. Para hacer este test, se realiza una pequeña punción en el tímpano a través del conducto auditivo externo, y con un electrodo se aplica una estimulación eléctrica en esa zona. La idea es ver si esa estimulación produce alguna sensación de audición o alguna respuesta en el paciente.

Este test es especialmente útil cuando se está considerando colocar un implante coclear, ya que ayuda a determinar si las terminaciones nerviosas del nervio auditivo están funcionando bien y si el paciente puede beneficiarse con el implante.

La finalidad del procedimiento es ayudar a obtener información importante sobre la función del oído interno y a planificar el mejor tratamiento para cada paciente.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Molestias y dolor en el oído, que desaparece en unas horas.
- Sangrado leve.
- Vértigos.
- Parálisis facial, es decir, de los músculos que mueven la cara, que suele ser transitoria y muy excepcionalmente puede ser permanente.
- Alteraciones de la sensación gustativa.
- Perforación timpánica y quedar como secuela (muy poco frecuente).
- Infección del oído intervenido.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
 Servicio de
 Otorrinolaringología

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Otras técnicas de otoemisiones acústicas.

AUTORIZACIÓN PARA "TEST DEL PROMONTORIO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: