

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÉRESIS DE QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los quistes y fístulas del cuello son malformaciones benignas que pueden infectarse o crecer con el tiempo. Para su eliminación, se hace un corte en la piel del cuello, se extrae el quiste o la fístula y, a veces, parte del tejido cercano. La cirugía es el tratamiento definitivo.

La cirugía se realiza bajo anestesia general. Tras ella, puede llevar un drenaje unos días.

La finalidad consiste en eliminar estas malformaciones de nacimiento para prevenir complicaciones.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Hematomas.
- Infección.
- Molestias al tragar.
- Alteraciones temporales de la sensibilidad.

Riesgos poco frecuentes:

- Lesión de nervios vecinos (movimiento de labio, lengua u hombro).
- Necesidad de reintervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelve con tratamiento médico, aunque a veces hay 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.

### 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:

- Tratamiento médico de los episodios infecciosos cada vez que se produzcan.

## AUTORIZACIÓN PARA "EXÉRESIS DE QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES"

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./D<sup>a</sup>. , 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: