

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERVICOTOMÍA EXPLORADORA Y/O VACIAMIENTO CERVICAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en examinar y, si es necesario, quitar ganglios linfáticos del cuello a través de una incisión (corte) en la piel.

Se hace como parte del tratamiento de tumores malignos (cancerosos) en la zona de la cabeza y el cuello, para evitar que la enfermedad se propague a otras partes del cuerpo.

La cantidad de tejido a eliminar depende del alcance de la enfermedad. Si está localizada, se quitan solo los ganglios afectados. Si está más extendida, puede ser necesario quitar todos los ganglios de un lado del cuello (vaciamiento cervical unilateral) o de ambos lados (vaciamiento bilateral). También es posible que se tengan que eliminar otras estructuras cercanas.

En caso de vaciamiento bilateral, se suelen hacer dos operaciones separadas, con unas semanas de diferencia.

Después se coloca un vendaje compresivo en la zona operada y se deja un tubo de drenaje para sacar líquidos, que se retira a los pocos días.

Esta intervención se realiza con anestesia general.

La finalidad es obtener un diagnóstico definitivo, eliminar la enfermedad y/o evitar que se propague a otras partes del cuerpo.

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 y relevantes:

- Hematoma.
- Seroma (acumulación de líquido seroso).
- Lesión de nervio espinal accesorio, marginal mandibular o hipogloso.
- Infección.
- Linforrea (salida de líquido linfático a través de la piel).
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Alteración de la sensibilidad.
- Limitación del hombro (por lesión del nervio del XI par craneal).
- Trastornos estéticos por cicatriz o asimetría.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico o fisioterapia.



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

ÁREA DE SALUD
 Servicio de
 Otorrinolaringología

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

No existen alternativas que ofrezcan control oncológico equivalente.

AUTORIZACIÓN PARA "CERVICOTOMÍA EXPLORADORA Y/O VACIAMIENTO CERVICAL"

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: