

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT MIRINGOTOMIA / DRENATGE TRANSTIMPÀNIC

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(Nom i dos cognoms del facultatiu que facilita la informació)  
és necessari/convenient en la meva situació, sotmetre'm a la intervenció de MIRINGOTOMIA.

### MIRINGOTOMIA / DRENATGE TRANSTIMPÀNIC

La miringotomia, amb o sense col·locació de drenatges transtimpànics, té per objecte airejar l'oïda mitjana i extreure la secreció que hi pugui existir. Es fa, mitjançant visió microscòpica, una petita incisió en el timpà, a través del qual s'aspirarà el contingut de l'oïda mitjana. En ocasions es col·loca un petit tub de drenatge en la incisió timpànica per evitar que aquest es tanqui, i que roman en aquest lloc un temps variable, que sol oscil·lar entre sis mesos i un any.

La intervenció pot realitzar-se amb anestèsia general o local, depenent de la col·laboració del pacient. El Servei d'anestesiologia l'informarà dels riscos anestèsics.

Després de la intervenció poden aparèixer lleugeres molèsties a l'oïda, així com el drenatge de secrecions d'aspecte mucós o sanguinolent.

El pacient es queda unes hores a l'hospital i els controls es fan de forma ambulatoria en les consultes externes.

Encara que existeixin altres opinions, com a norma general, mentre es porti el tub de drenatge s'haurà d'evitar que penetri aigua a l'oïda, per evitar l'aparició d'infeccions.

En cas de **NO EFECTUAR-SE AQUESTA INTERVENCIÓ**, el pacient continuarà amb pèrdua d'audició i pot, a més, sofrir episodis inflamatoris aguts o, fins i tot, l'evolució de la seva otitis cap a altres formes de malaltia de l'oïda mitjana.

És necessari informar el metge responsable de l'existència de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesis, marcapassos, medicaments actuals o qualsevol altra circumstància que pugui augmentar el risc de complicacions.

### **D'AQUESTA INTERVENCIÓ SE N'ESPEREN ELS SEGÜENTS BENEFICIS**

Millorar l'audició i evitar altres tipus de processos inflamatoris de l'oïda.

### **RISCOS ESPECÍFICS MÉS FREQUENTS D'AQUEST PROCEDIMENT**

En general són poc freqüents, però hi pot haver alguna petita hemorràgia, que la infecció de l'oïda sigui amb dolor i supuració, el rebuig i explosió del drenatge o l'aparició d'una perforació residual amb agreujament de la hipoacúsia.

Excepcionalment, el pacient pot sofrir la pèrdua absoluta de l'audició, acúfens - fressa en l'oïda -, vertigen, alteracions de la sensació gustativa i una paràlisi facial - és a dir, dels músculs que mouen la cara.

Aquest tipus d'intervenció, tant per la tècnica mateix com per la situació vital de cada pacient, pot portar implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses que podrien requerir tractaments complementaris tant mèdics com quirúrgics, així com un mínim risc de mortalitat.

### **PROCEDIMENTS ALTERNATIUS**

Si bé l'otitis serosa té un tractament mèdic, davant el fracàs d'aquest tractament no es coneixen procediments de contrastada eficàcia.

### **RISCOS PERSONALITZATS**

.....  
.....  
.....  
.....

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

Faig constar que, com a annex al present document i formant una unitat amb el mateix, se m'ha lliurat un document informatiu del procediment al qual seré sotmès, que he signat com a mostra de conformitat.

Si en el moment de la intervenció sorgís algun imprevist, l'equip mèdic podria variar la tècnica programada. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meua identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm realitzi el procediment esmentat.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una ....., que té per objecte .....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per .....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... de 20.....