

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### SEPTOPLÀSTIA

..... 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 meua situació la intervenció de SEPTOPLÀSTIA.

#### SEPTOPLÀSTIA

Anomenem septoplàstia la tècnica quirúrgica que té com a finalitat la correcció de les deformitats del septe nasal. Es porta a terme sota anestèsia general. El Servei d'anestesiologia l'informarà dels anestèsics serà informat pel servei d'anestesiologia- i consisteix a extirpar els fragments de cartílag o os que alteren la posició normal del septe nasal en la línia mitjana.

Aquesta intervenció es realitza mitjançant una incisió en la part interna del nas, a través de la qual s'extrauen aquests fragments. Posteriorment, es realitza un taponament nasal, que es mantindrà durant un temps variable, unes 24-72 hores, fet que ocasionarà molèsties, tals com dolor o pesadesa de cap, sensació de taponament d'oïdes, molèsties quan es mastega i sequedat de gola. Aquestes molèsties s'alleugeran amb calmants i petits glops d'aigua.

Durant les primeres hores del taponament, sol drenar pel nas un líquid sanguinolent, fet que es considera normal.

En els dies següents a la retirada del taponament, s'evitarà mocar-se bruscament el nas i s'aplicarà la medicació indicada a l'informe d'alta.

En cas de **NO EFECTUAR-SE AQUESTA INTERVENCIÓ**, persistiran els símptomes propis de la dificultat respiratòria nasal.

És necessari informar el metge/essa 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.

### **DE L'ESMENTADA INTERVENCIÓ SE N'ESPEREN ELS BENEFICIS SEGÜENTS**

Millora de la ventilació nasal i dels símptomes relacionats amb la dificultat respiratòria nasal.

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

Hi ha la possibilitat que es produeixi una hemorràgia que obligui a recol·locar el taponament nasal.

És possible que es produeixi una perforació del septe nasal que justifiqui, amb posterioritat, la formació de crostes i una respiració sorollosa.

Després de la intervenció, pot continuar la insuficiència ventilatòria nasal.

Pot produir-se l'enfonsament del dors de la piràmide nasal o altres tipus de deformitat nasal externa, diferents trastorns de l'olfacte, un hematoma -acumulació de sang- a nivell del septe, la infecció de les fosses o dels sins nasals, l'aparició de brides intranasals i l'alteració de la sensibilitat de la zona.

Aquest tipus d'intervenció, tant per la mateixa tècnica 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:**

No es coneixen procediments d'eficàcia contrastada.

### **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 meva 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.....