

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### TURBINOPLÀSTIA I/O TURBINECTOMIA

..... 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 la intervenció de TURBINOPLÀSTIA I/O  
TURBINECTOMIA.

#### TURBINOPLÀSTIA I/O TURBINECTOMIA

Anomenem turbinoplàstia la tècnica quirúrgica que té com a finalitat la disminució de la mida del cornet inferior, en els casos en què aquest cornet dificulta la respiració nasal.

Anomenem turbinectomia l'extirpació total o parcial del cornet inferior amb la mateixa finalitat. La intervenció es realitza a través dels orificis nasals, per la qual cosa no deixa cicatrius externes.

La intervenció pot realitzar-se sota anestèsia local o general -el Servei d'anestesiologia l'informarà dels riscos anestèsics- i en ocasions pot utilitzar-se el làser o la radiofreqüència per disminuir el volum del cornet i evitar al màxim l'hemorràgia.

Després de la intervenció es pot col·locar, depenent del criteri del cirurgià, un taponament nasal durant 48 hores, fet pel qual el pacient haurà de respirar, al llarg d'aquest temps, per la boca.

Després de la intervenció, el pacient pot presentar una petita hemorràgia, tant per les fosses nasals com per la faringe, que sol cedir en unes hores si la capacitat de coagulació és normal. En cas de persistir l'hemorràgia s'ha d'efectuar una compressió local, mitjançant un taponament nasal.

En rares ocasions es pot moure la gasa, amb la qual es realitza el taponament cap a la part posterior de la fossa nasal, i pot provocar una sensació de cos estrany i nàusees, se soluciona retirant el taponament i col·locant-ne un altre, si és necessari. En aquest últim cas, el pacient pot

patir sensació de sequedat i de pesadesa de cap, que apareix en haver de respirar continuadament per la boca.

**En cas de NO EFECTUAR-SE AQUESTA INTERVENCIÓ**, el pacient continuarà tenint insuficiència respiratòria nasal, de forma permanent.

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 desaparició dels símptomes produïts per la dificultat respiratòria nasal.

**RISCOS ESPECÍFICS MÉS FREQUËNTS D'AQUEST PROCEDIMENT:**

Pot aparèixer una hemorràgia nasal. També pot aparèixer una infecció en el període postoperatori.

Hi ha la possibilitat que apareguin adherències entre ambdues parets de la fossa nasal.

És possible que persisteixi la insuficiència respiratòria nasal o que pugui aparèixer certa sequedat nasal o formació de crostes.

Podria aparèixer una disminució de la capacitat d'olfacció i una atròfia nasal, a llarg termini.

Si s'utilitza el làser, poden produir-se cremades a la piràmide nasal o a zones pròximes de la cara.

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 altres mètodes d'eficàcia contrastada, quan el tractament mèdic ja no és efectiu.

**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 meva 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.....