

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 29-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10 que dice textualmente “*siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.....*” Se presenta este documento informativo para pretender explicarle de forma sencilla la intervención quirúrgica llamada **TIMPANOTOMÍA EXPLORADORA / ESTAPEDECTOMÍA / ESTAPEDOTOMÍA.**

Nombre y Apellidos:.....Fecha.....

Edad:.....D.N.I. :.....Número de Historia clínica.....

Médico informante: DR. JAIME CARBONELL CASASUS

Nº de Colegiado 4313

DESCRIPCION DE LA INTERVENCION Y OBJETIVOS

Estas intervenciones están destinadas a solucionar la sordera producida por la otosclerosis: una lesión que habitualmente es bilateral y progresiva y que además puede producir ruidos en los oídos (acúfenos) y mareos.

No tiene tratamiento médico eficaz.

Consiste en reemplazar un huesecillo del oído (estribo), que se ha fijado a las estructuras vecinas, por una prótesis. Para acceder al oído afecto, la intervención se realiza habitualmente mediante incisión de la piel por dentro del conducto auditivo externo y en ocasiones del trago.

El objetivo de la intervención es mejorar la audición.

Al ser una patología que afecta habitualmente a ambos oídos se realizara primero la intervención del oído mas sordo, pudiendo intervenir en un segundo tiempo el otro oído, siempre que los resultados del primero hayan sido satisfactorios.

EFFECTOS PREVISIBLES DERIVADOS DE LA INTERVENCION

Los vitales son muy raros, aunque como en toda intervención quirúrgica con anestesia general/local pueden producirse.

- Puede ocurrir pérdida de la audición respecto a la previa a la intervención. En un mínimo porcentaje de los casos puede producirse una pérdida total de la audición.
- Si existen previamente ruidos de oídos (acúfenos) o mareos pueden persistir o incluso aparecer después de la intervención.
- Es muy poco frecuente la pérdida de movilidad del lado de la cara del oído intervenido por afectación del nervio facial (parálisis facial). Cuando se produce suele ser pasajera, aunque también puede ser definitiva.
- Ocasionalmente, se producen alteraciones del sentido del gusto en el lado de la lengua del oído operado. Este es un inconveniente que puede durar unas pocas semanas o que puede ser permanente.
- En algunas ocasiones puede ser necesaria la reintervención debido a un mal resultado de la prótesis

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mejoría de la audición.

ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

La otosclerosis no tiene tratamiento médico eficaz. La alternativa terapéutica es la prótesis auditiva (audífono)

EFFECTOS PREVISIBLES DERIVADOS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La no-realización del tratamiento condicionará la persistencia de la sordera que habitualmente será progresiva, así como la persistencia o aparición de ruidos en los oídos y en ocasiones inestabilidad.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, así como de las consecuencias que se derivarían de la no realización de la misma.

Asimismo he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO.

Firma del paciente.
médico.

Firma del

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a.....

D.N.I..... y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, ésta anulación pudiera derivar, y por consecuencia las entiendo y asumo

Firma del paciente o representante legal.

Fecha: