



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Ley 14/ 1986, de 25 de Abril, General de Sanidad- BOE núm. 102, de 29 de Abril de 1986)
(CONSENSUADO POR LA SOCIEDAD GALLEGA DE ORL)

ADENOIDECTOMÍA

DON / DOÑA: _____ DE _____ AÑOS DE EDAD

(Nombre y dos apellidos del paciente)

CON DOMICILIO EN: _____ Y DNI N°: _____

A CUBRIR SI EL PACIENTE NO ESTÁ CAPACITADO PARA LA TOMA DE DECISIONES

DON / DOÑA: _____ DE _____ AÑOS DE EDAD

CON DOMICILIO EN: _____ Y DNI N° _____

EN CALIDAD DE: REPRESENTANTE LEGAL FAMILIAR ALLEGADO

DECLARO

QUE EL DOCTOR DON / DOÑA:
(Nombre, dos apellidos y número de colegiado del facultativo que proporciona la información)

ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE PROCEDER EN MI SITUACIÓN A UNA ADENOIDECTOMÍA POR PADECER.....

1. La **adenoidectomía** consiste en la extirpación del tejido linfoide (vegetaciones) situado detrás de la nariz.
2. Esta intervención se puede realizar tanto con anestesia general como local. En el primer caso, el paciente es consultado en el servicio de Anestesia, que determina las posibles contraindicaciones quirúrgicas.
3. COMPLICACIONES:
A/ Los propios de la anestesia.
B/ Hemorragia inmediata o tardía.
C/ Traumatismo del velo de paladar, úvula o faringe.
D/ Cambios en la resonancia de la voz, que suelen ser transitorios.
E/ Salida de líquidos por la nariz al beber, que suele ser transitorio.
F/ Infecciones.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, autorizo expresamente al equipo médico para variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en estas condiciones, CONSIENTO QUE SE ME REALICE UNA ADENOIDECTOMÍA.

En _____, a de de

Fdo.: El médico

Fdo.: El paciente

RETRACCIÓN DE CONSENTIMIENTO

DON / DOÑA: _____ DE _____ AÑOS DE EDAD
(Nombre y dos apellidos del paciente)
CON DOMICILIO EN : _____ Y DNI N°: _____

A CUBRIR SI EL PACIENTE NO ESTÁ CAPACITADO PARA LA TOMA DE DECISIONES

DON / DOÑA: _____ DE _____ AÑOS DE EDAD
CON DOMICILIO EN: _____ Y DNI N°: _____

EN CALIDAD DE : REPRESENTANTE LEGAL FAMILIAR ALLEGADO

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____, adede

Fdo.: El médico
(Nombre, dos apellidos y número de colegiado)

Fdo.: El paciente