



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)

DESCOMPRESIÓN DEL NERVIU FACIAL

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)

1. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE PROCEDER EN MI SITUACIÓN A UNA **Descompresión del nervio facial**, que consiste en abrir el conducto óseo que rodea dicho nervio, con el fin de que el nervio se expanda y ceda la parálisis del mismo.
2. La intervención se realiza bajo anestesia general, por lo que acudiré al servicio de Anestesia para determinar si hay alguna contraindicación quirúrgica.
3. La intervención consiste en abrir la mastoides del hueso temporal, por detrás de la oreja, hasta alcanzar dicho nervio, abriendo el canal óseo que lo rodea en toda su longitud.
4. COMPLICACIONES:
 - Persistencia de la parálisis, en mayor o menor grado.
 - Alteraciones del gusto.
 - Sordera.
 - Vértigos.
 - Hemorragias e infecciones.
 - Meningitis.

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 DESCOMPRESIÓN DEL NERVIO FACIAL

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