



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)

COLOCACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

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 LA COLOCACIÓN DE UN IMPLANTE COCLEAR, POR PADECER UNA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MUY PROFUNDA EN AMBOS OÍDOS, HABIENDO PREVIAMENTE VALORADO OTROS TIPOS DE ACTUACIÓN TERAPÉUTICA.

1. La colocación de un *implante coclear* consiste en la inserción de un aparato electrónico en el interior del oído interno (cóclea); para ello, se debe hacer una intervención por vía retroauricular, con perforación del hueso temporal, para proceder a la colocación del mismo.
2. Las complicaciones más frecuentes de esta intervención quirúrgica son:
 - Mal funcionamiento del implante.
 - Vértigo.
 - Parálisis facial.
 - Infecciones.
 - Hemorragias.
 - Alteraciones del gusto.

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 LA COLOCACIÓN DE UN IMPLANTE COCLEAR EN EL OÍDO

En _____, adede

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 Nº: _____

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

DON / DOÑA: _____ DE _____ AÑOS DE EDAD

CON DOMICILIO EN: _____ Y DNI Nº: _____

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 num. Colegiado)

Fdo el paciente