

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las glándulas salivales se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual), y menores distribuidas en toda la cavidad oral. La cirugía de la glándula parótida, está íntimamente condicionada por la complejidad anatómica de esta región de la cara y muy especialmente por su relación el nervio facial, que se encarga de dar movimiento a la cara.

La glándula submaxilar se encuentra en el compartimiento cervical bajo la mandíbula, y está relacionada entre otras estructuras con la rama marginal o inferior del nervio facial, que mueve el labio y con el nervio lingual (que da sensibilidad y sensación del gusto a una parte de la lengua), y el nervio hipogloso (mueve la lengua). La glándula sublingual está localizada en el suelo de la boca, y está relacionada, además de otros elementos, con el nervio lingual y el conducto excretor de la glándula submaxilar.

En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La cirugía de las glándulas salivales va dirigida a tratar tumores benignos y malignos, litiasis (piedras) de las glándulas, procesos inflamatorios o infecciosos, y traumatismos de las mismas; e intenta tratar el problema que se ha originado en ellas o ha afectado a estas glándulas.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

1. Abstinencia terapéutica hasta agravamiento de los síntomas.
2. Tratamiento endoscópico según los casos.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Hematoma y edema (hinchazón) postoperatorio.
2. Cicatrices externas, en ocasiones inestéticas.
3. Hundimiento de mayor o menor grado de la zona operatoria.
4. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de la zona operatoria.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia de molestias, inflamaciones, dolor, formación de abscesos, y otras complicaciones que le explicará su cirujano.

En caso de tumores, progresión de crecimiento, afectación de nervios situados en la zona afectada crecimiento progresivo que puede afectar estructuras vecinas, e incluso provocar metástasis (diseminación a distancia), que pueden poner en peligro la vida del paciente.

C.INFORMADO DE CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES

En su caso a destacar:

RIESGOS FRECUENTES

1. Hemorragia postoperatoria.
2. Sudoración de la cara al comer.
3. Disminución o falta de saliva.
4. Persistencia de formación de piedras en el remanente glandular si es su caso, u otras glándulas que drenan en áreas cercanas a las intervenidas.
5. Infecciones locales o regionales.
6. Falta de movilidad parcial, o temporal de alguna o varias ramas del nervio facial, que pueden ser definitivas.
7. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio lingual (falta de gusto).
8. Falta de movilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio hipogloso (lengua).

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Metástasis en áreas lejanas por tumores de estas glándulas.
2. Rotura de instrumentos utilizados durante la cirugía que puedan dañar al paciente.
3. Fístula salivar (salida de saliva por una vía anormal).
4. Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otro medicamento.

En su caso:

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA