

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DEL PROMONTORIO DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla la exploración denominada **TEST DEL PROMONTORIO**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta exploración, puedan aparecer.

Llamamos test del promontorio a una técnica exploratoria que tiene como finalidad la estimulación eléctrica del caracol, la llamada cóclea, a fin de establecer aspectos relativos a su funcionamiento.

El test del promontorio se realiza entre otras situaciones en pacientes a los que se pretende colocar un implante coclear, para conocer si las terminaciones nerviosas del nervio auditivo son funcionantes y se puede obtener beneficio con la colocación del implante.

El test del promontorio se realiza a través del conducto auditivo externo.

La exploración suele consistir en la punción, a través de la membrana timpánica, de un electrodo estimulador mediante el que a continuación se aplica una estimulación eléctrica, para comprobar si este estímulo produce sensación de audición o evidencias de la misma.

La exploración se realiza con anestesia local y sedación en el adulto. En el niño se requiere anestesia general.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El conocimiento del funcionalismo del caracol permite una mejor valoración previa de los resultados de determinadas técnicas de tratamiento de la sordera como, por ejemplo, la implantación coclear o el estudio de la causa de determinados tipos de sordera.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En la actualidad las técnicas de otoemisiones acústicas, los potenciales auditivos convencionales o los de estado estable permiten una valoración muy próxima del funcionalismo del caracol.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Tras la intervención pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el drenaje de secreciones de aspecto sanguinolento.
- Deberá permanecer unas horas en el hospital. Los controles se realizan de forma ambulatoria en las consultas externas del Servicio de Otorrinolaringología.

**C. INFORMADO TEST DEL PROMONTORIO DEL LADO AFECTO**

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta exploración*, existen otros medios para valorar la funcionalidad de la cóclea y de las terminaciones del nervio auditivo a ese nivel. Su especialista le aconsejará cuáles son las más convenientes.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Después de la exploración hay posibilidad de que aparezca un pequeño dolor que cede posteriormente.
2. Puede surgir una pequeña emisión de sangre que manche el conducto auditivo.
3. Tras la exploración podrían aparecer vértigos, que suelen ceder un tiempo después.
4. Lesión del nervio facial, pasajera o permanente. Con afectación de la movilidad de la musculatura de la cara y/o pérdida del gusto de los dos tercios anteriores del mismo lado de la lengua, cuando se afecta la llamada cuerda del tímpano -nervio que conduce la sensibilidad gustativa que atraviesa el oído-.
5. Es posible que se origine una perforación timpánica y quedar como secuela.
6. Infección del oído intervenido.
7. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

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

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

### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>