

 <p>JULIÁN MOLANO Otorrinolaringólogo</p>	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MICROCIURUGIA DE LARINGE	
	Proceso: Gestión de la Información	Versión: 4

NOMBRE: _____
 EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LARINGOSCOPIA DIRECTA/MICROCIURUGÍA LARÍNGEA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

La laringoscopia directa es una forma de exploración de la laringe en la que, ésta, se valora de una manera directa -mediante la introducción, a través de la boca, de un tubo metálico que se dirige hacia la propia laringe- bajo control microscópico.

Se trata de un procedimiento diagnóstico en el que se puede, incluso, realizar una toma de biopsia de las zonas que se consideren oportunas, o de un procedimiento terapéutico para el tratamiento de diferentes enfermedades de la laringe, tales como pólipos, nódulos, o tumores de cuerdas vocales, etc. En este último caso, la técnica quirúrgica se denomina microcirugía laríngea.

Se efectúa bajo anestesia general. Tras la intervención, y si se han extirpado determinadas lesiones de las cuerdas vocales, se recomienda el reposo absoluto de voz durante los primeros días. Asimismo, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que desaparecen rápidamente. También pueden aparecer molestias en la región de la nuca y en la región de la lengua que desaparecerán unos días después.

QUE PASA SI NO SE REALIZA LA INTERVENCIÓN?

persistirán las lesiones laríngeas que la hubieran podido justificar o no se podrá disponer de los elementos de diagnóstico previstos.

BENEFICIOS DE LA CIRUGIA

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades de la laringe, objeto de esta técnica.

HAY PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS?

Podría, en algunos casos, tomarse una biopsia o realizar la exéresis de las lesiones de la laringe, mediante la llamada fibroendoscopia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE MICROCIRUGIA DE LARINGE**

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 4

Fecha aprobación:
01/06/2024

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acontecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico.

En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

FIRMADO EN _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
EI PACIENTE

Fdo.: _____
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a _____, con CC: _____ y en calidad de

_____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE MICROCIRUGIA DE LARINGE**

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 4

Fecha aprobación:
01/06/2024

Fdo.: _____

El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Fdo.: _____

El representante legal /Paciente.