

BIOPSIA-EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN CERVICAL

Descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se pretende tomar una muestra o, si es posible, extirpar la tumoración que hay en el cuello. El procedimiento se realizará a través de una pequeña incisión en el cuello, generalmente sobre la tumoración.

En casos seleccionados esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Mediante este procedimiento se pretende realizar un estudio anatomopatológico para intentar diagnosticar la causa de dicha tumoración facilitando el posible tratamiento.

Riesgos generales y específicos del procedimiento

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. Alteraciones transitorias de la voz. Alteraciones transitorias de la deglución. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hematomas importantes en el cuello. Alteraciones permanentes de la voz. Infección importante en el cuello. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. _____

DNI _____

Núm. HC _____

Consentimiento Informado

DECLARO

- ✓ Que el Dr/a _____ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a una _____ de tumoración cervical.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, _____), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como _____.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la _____ de tumoración cervical.

Firma del paciente¹⁵

Firma del médico

_____, _____ de _____ de 200__

¹⁵En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.