

**LEPOKO TUMOREEN KIRURGIA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA TUMORACIÓN DE CUELLO****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

Aurpegiko egituretan (ahoa, sudurrean, sudur zuloetan, sinuetan eta orbitetan) eragiten duten tumoreak onberak edo gaiztoak izan daitezke. Onberak inbasio lokala sorraz dezakete, eta era konstantean hazi, baina ez dute metastasirik eragiten lepoko ganglioetan eta organismoaren gainerakoan, gaiztoek ez bezala.

Oro har kirurgia erabiltzen da onberen lesioak tratatzeko. Tamaina nolakoa duten, tratamendu kirurgikoak hurbileko egiturei eragin diezake, segurtasun-tartea gordeta kentzen baitira edo akats kirurgikoa berregiteko. Kirurgia honen indikazioak zerbikaletako tumoretarako dira; honako hauek sartzen dira indikazioen barnean: aztertu beharreko adenopatiak, enbrioi-garapeneko kisteak, etorki baskularreko, neurogenikoko, listu-guruinen mendeko tumoreak edo kisteak edo etorki ezezagunekoak.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

Estatistikoki konplikaziorik ohikoenak askotarikoak dira; izan ere, arlo zabalak eta konplexuak hartzen ditu, eta kaltetutako alderdia nola dagoen ikusi beharko da; baliteke, EZ era exahustiboan, honako hauek gertatzea:

- Operatu ondoko hematoma eta odoljarioak; baliteke berehalako berrinterbentzioa behar izatea.
- Aurpegiko edo lepoko alderdiren batean sentikortasuna edo mugikortasuna galtzea, partzialki edo erabat.
- Ikusmen zolitasuneko, entzumeneko, dastameneko eta usaimeneko alterazioak izatea, baita zentzumen horietakoren bat guztiz galtzea ere.
- Infekzioa.
- Jostura lasaitzea (josiriko zauri kirurgikoa irekitzea)
- Estetikoak ez diren orbanak.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha.....**B. INFORMACIÓN:**

Las tumoraciones que afectan a la cara en sus diversas estructuras (boca, nariz, fosas nasales, senos, órbitas), pueden ser benignas o malignas. Las benignas pueden producir invasión local y tener un crecimiento constante, pero no dan metástasis en los ganglios del cuello ni en el resto del organismo, al contrario de las malignas.

La cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas. Según el tamaño de las mismas, el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras cercanas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico. Las indicaciones de esta cirugía son tumoraciones cervicales que incluyen: adenopatías a estudio, quistes del desarrollo embrionario, tumoraciones o quistes de origen vascular, neurogénico, dependientes de las glándulas salivales o de origen desconocido.

**C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

Las complicaciones estadísticamente más frecuentes, son múltiples, debido a la amplitud y complejidad del área que abarcan, y dependerán de la zona afectada, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

- Hematomas y sangrados postoperatorios, que puedan requerir reintervención urgente.
- Alteraciones de la sensibilidad o movilidad de alguna zona de la cara o cuello, parcial o total.
- Alteraciones de la agudeza visual, audición, habla, sentido del gusto y percepción de los olores, incluso pérdida total de alguno de ellos.
- Infección.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida quirúrgica suturada).
- Cicatrices inestéticas.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Hauen berri eman behar diguzu: medikamentuekiko balizko alergiak, koagulazio-alterazioak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailua, oraingo medikazioak edo beste edozein zirkunstantzia; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. BESTELAKO AUKERAK:**

Tumore onbera bat hazten denean, ez da izaten kirurgia beste alternatibarik. Hala ere, tumoreari beha dakiok denbora luzeagoan eta erabakia geroago hartu.

**D.- AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.- ALTERNATIVAS:**

No suelen existir tratamientos alternativos a la cirugía ante el crecimiento de una tumoración benigna. No obstante, la tumoración puede ser objeto de observación a lo largo del tiempo y la toma de una decisión posterior.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha