

Documento de información y autorización para la realización de miringotomía/drenaje transtimpánico del lado

Nombre y apellido _____ .

Edad _____ .D.N.I. _____

Número de historia clínica _____ .

Diagnóstico de proceso _____ ..

Fecha _____ ..

Médico informante _____

Nº de Colegiado _____ .

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MIRINGOTOMÍA/ COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La miringotomía, con o sin colocación de drenajes transtimpánicos, tiene por objeto airear el oído medio y, en ocasiones, extraer la secreción que pueda existir en él. Para ello se realiza, bajo visión microscópica, una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspirará el posible contenido del oído medio. En ocasiones, se coloca un pequeño tubo de drenaje en la incisión timpánica, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable que suele oscilar entre 6 meses y 1 año.

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la colaboración del paciente.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el drenaje de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

El paciente permanece unas horas en el hospital y los controles se realizan de forma ambulatoria en las consultas externas.

Aún cuando existan otras opiniones, como norma general, mientras lleve colocado el tubo de drenaje deberá evitar que penetre agua en al oído, para evitar la aparición de infecciones.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con los síntomas dependientes de la falta de aireación del oído medio, como la pérdida de audición, los ruidos del oído, etc.

Además, el paciente puede sufrir episodios inflamatorios agudos de repetición o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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 convenientes 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.

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

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exigieran o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrán hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D^a. _____
D.N.I. _____ .y en calidad de _____ ,
es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezado 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.

Firma del tutor o familiar

REVOCACIÓN DE 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.

Firma del paciente o representante legal
D.N.I. ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Firma del médico
Nº Colegiado ò ò ò ..

En ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò , a ò ò ò ò ò de ò ò ò ò ò ò .. ò .. de