

Consentimiento Informado EXTIRPACIÓN PARATIROIDES

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de las glándulas, afectaciones sistémicas y de órganos vecinos y/o controlar los niveles hormonales.

Características

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides (una o todas) a través de una incisión en el cuello. En ciertas ocasiones tras la extirpación completa de las glándulas se puede realizar un auto trasplante glandular o preservación en frío y que en algunas circunstancias según la localización de la glándula paratiroides es necesario extirpar una parte del tiroides. En casos pocos frecuentes no es posible localizar todas las glándulas siendo necesario una segunda operación y que incluso algunas veces la extirpación de las glándulas conlleva la necesidad de tratamiento con medicamentos.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos

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

Poco graves y frecuentes: Infecciones o sangrado de herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, flebitis, cicatrices retráctiles, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del cuello, recidiva de la enfermedad, sangrado importante, alteraciones locales de los nervios.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **EXTIRPACIÓN PARATIROIDES**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal