



Telfn.: **956 – 63 20 39**

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SEPTOPLASTIA**

Nombre y Apellidos .....

Edad ..... D.N.I.....

Diagnóstico del proceso ..... Fecha .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada SEPTOPLASTIA, 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:**

Llamamos septoplastia a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de las deformidades del tabique nasal. Se efectúa bajo anestesia general y consiste en extirpar los fragmentos de cartílago o hueso que alteran la posición normal del tabique nasal en la línea media.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la parte interna de la nariz, a través de la cual se extraen dichos fragmentos. Posteriormente, se lleva a cabo un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable, unas 24-72 horas, lo que ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con calmantes y pequeños sorbos de agua.

Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal.

En los días siguientes a la retirada del taponamiento, se evitará sonarse bruscamente la nariz y se aplicará la medicación indicada en el informe de alta.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, persistirán los síntomas propios de la dificultad respiratoria nasal.



## 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 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.

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.

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 exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. 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.<sup>a</sup> ..... D.N.I ..... 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.

*Firma del tutor o familiar*

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*

Fecha: //