

## DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

La Otorrinolaringología es una especialidad que se ocupa de la atención de diversos órganos de la cara, el cráneo, y el cuello.

Uno de estos órganos es el órgano periférico del equilibrio, que está situado en la porción más interna del oído.

Por lo general, este órgano suele ser muy sensible en el curso de su exploración. No obstante, su especialista tiene la experiencia suficiente y posee los recursos técnicos adecuados para atenderle de la manera más apropiada.

A pesar de todo, a lo largo de esta exploración hay algunos aspectos que debe de conocer:

Debe de acudir a la consulta de la forma más puntual posible, pues se trata de exploraciones que pueden durar un cierto tiempo.

Acuda sin maquillar y sin haberse aplicado ningún tipo de crema en la cara pues, tanto los cosméticos, como las cremas o pomadas, pueden dificultar la exploración.

Acuda en ayunas.

Suspenda las medicaciones con las que esté tratado.

Acuda acompañado.

No venga en coche conduciendo solo.

Por último, durante su consulta, el médico pueda necesitar una gran cantidad de información relativa a su salud o a consultas anteriores realizadas con otros especialistas. No oculte ningún dato sobre su caso, otras enfermedades, hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que le atienden.

Las exploraciones del órgano del equilibrio pueden ser muy variadas:

En muchos casos se trata de exploraciones sencillas durante las que se le pedirá que camine o adopte posturas diversas.

En otros casos, se le colocarán terminales, en forma de gafas, o de electrodos en el cráneo, la cara o el cuello. Mediante estos terminales, generalmente a través de un ordenador, se estudiarán las reacciones que Vd. experimenta frente al movimiento o a los cambios de postura. En otros casos, se trata de instilar aire o agua en el conducto externo de su oído, para producir una reacción vertiginosa en su oído, tanto de un lado, como del otro, para comparar sus respuestas.

### En caso de NO EFECTUAR esta intervención

---

No se obtendrán los datos de diagnóstico precisos para el estudio de su trastorno

### BENEFICIOS ESPERABLES

---

Obtención de datos que pueden ayudar para el diagnóstico de su trastorno

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

---

No existen procedimientos diagnósticos alternativos

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

En ocasiones, las exploraciones intentan reproducir la situación de mareo mediante movimientos de cabeza, giros del cuerpo, u otro tipo de movimientos. Esté relajado, pues se

## DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

trata de situaciones controladas que su especialista manejará de la mejor manera posible. No obstante a pesar del máximo cuidado, a lo largo de su exploración pueden producirse crisis de vértigo, náuseas, vómitos, sensación de malestar, situaciones de inestabilidad o caídas accidentales.

Comoquiera que, en ocasiones, se instila aire o agua en el conducto externo de su, si existiera una perforación timpánica o alguna otra lesión que conozca, debe de advertirlo con anterioridad para que su especialista pueda atenderle de la manera más adecuada.

## DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

### RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

### 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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo 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.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

## DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ....., con 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

### REVOCACIÓN DEL 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal