

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:

Centro:

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 equipo especializado 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 acudir a la consulta de la forma más puntual posible, pues se trata de exploraciones que pueden durar un cierto tiempo.
- Acuda con los ojos sin maquillar y sin rímel ni sombras cosméticas.
- Acuda en ayunas.
- Puede ser necesario la suspensión de alguna medicación que esté tomando. En ese caso, su médico se lo explicará.
- Acuda acompañado.
- No venga en coche conduciendo solo.
- Por último, durante su consulta, el médico puede 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 usted 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 exploración

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

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

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. Debe intentar permanecer relajado/a, pues se tratan de situaciones controladas que su equipo médico 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.

Dado que, en ocasiones, se instila aire o agua en el conducto externo de su oído, 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.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial 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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL LABERINTO POSTERIOR

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, 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/La 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__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: